



Validez: 12 meses

Ficha de Salud y Apto Médico 2024

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE..... DNI.....
FECHA DE NACIMIENTO..... EDAD..... SALA/GRADO/CURSO.....
GRUPO SANGUINEO..... FACTOR RH.....

DATOS FAMILIARES

DIRECCION Nro..... Dto..... Localidad.....
TELEFONO FIJO
CELULAR (especificar nombre madre / padre / tutor o encargado)

MAIL:

COBERTURA MEDICA

OBRA SOCIAL/SEGURO DE SALUD/ MEDICINA PREPAGA..... Socio Nro.....

SEÑALE CON UNA CRUZ (X) SEGÚN CORRESPONDA

Table with 4 columns: A. Se encuentra padeciendo, NO, SI, Especificar con imprenta mayúscula en caso afirmativo. Row 1: *Procesos inflamatorios infecciosos

Table with 4 columns: B. Padece alguna de las siguientes enfermedades, NO, SI, Especificar con imprenta mayúscula en caso afirmativo. Rows: *Metabólicas, *Cardiopatías congénitas, *Cardiopatías infecciosas, *Hernias inguinales, *Otra

Table with 4 columns: C. Ha padecido en fecha reciente, NO, SI, Especificar con imprenta mayúscula en caso afirmativo. Rows: *Hepatitis (60 días), *Sarampión (30 días), *Parotiditis (30 días), *Mononucleosis infecciosa (30 días), *Esguinces o luxaciones (60 días), *Covid

Table with 4 columns: D. Responder, NO, SI, Especificar con imprenta mayúscula en caso afirmativo. Rows: ¿Tiene problemas respiratorios?, ¿Sufre algún tipo de alergia medicamentosa..., ¿Sufre algún tipo de alergia alimentaria?, ¿Sufre o ha sufrido convulsiones?, ¿Estuvo o está en tratamiento médico?, ¿Toma alguna medicación habitualmente?, ¿Estuvo o está en tratamiento psicológico?, ¿Estuvo o está en tratamiento psicopedagógico?, ¿Estuvo o está en tratamiento fonoaudiológico?, ¿Tiene esquema completo de vacunación para Covid?

Intervenciones quirúrgicas programadas o por accidente:
Alguna otra situación determinada por el médico

OBSERVACIONES:

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo/a son verídicos.

Nos comprometemos a notificar al colegio dentro de los cinco (5) días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas oportunamente.

Firma del padre/ madre o tutor.....
Aclaración..... DNI.....

APTO FÍSICO

Certifico que el alumno/a.....DNI.....de.....años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizados los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudios y recreativas como también aquellas propias del área de Educación Física Curricular, sean las mismas de carácter recreativo y competitivo, todas ellas que correspondan a su edad, grado de maduración, crecimiento y desarrollo. Para ser presentado ante las autoridades del ISMDDC.

FIRMA DEL MEDICO.....

SELLO ACLARATORIO Y MATRICULA.....

FECHA.....