



FICHA DE SALUD (2022)

1.a. DATOS DEL ALUMNO:				
Nombre y Apellido:	D.N.I:	Año:	Turno:	
Dirección:		Teléfono:		
Grupo sanguíneo:		Factor Rh:		
b. INFORMANTE:	Madre	Padre	Otros.....	
2.a. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:				
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?				
NO SI ¿Cuál?				
Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez? NO SI				
¿Por qué?				
b. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?				
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:				
La alergia se debe a No sabe				
¿Recibe tratamiento permanente? SI NO				
3. TRATAMIENTOS:				
¿Recibe tratamiento médico? SI NO Especifique:				
¿Quirúrgicos? SI NO Edad: Tipo de cirugía:				
¿Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración:				
NOTA: En caso de contestar afirmativamente, deberá presentar, conjuntamente con este formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para realizar actividad física .				
Examen:				
Ocular:.....Auditivo:.....Bucodental:.....				
Otros problemas de salud:				
4. VACUNAS				
Vacuna	Cantidad de dosis	Actualización de vacunas	Fuente de la información	
			LSMI	Otras certif.
SABIN				
BCG				
ANTIHEMOPHILUS				
TRIPLE BACT.(DPT)				
TRIPLE VIRAL (SRP)				
HEPATITIS B				
OTRAS				
5. SI EL NIÑO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD				
Recurrir a: Institución: Dirección: Tel:				
Avisar a familiar: Nombre y Apellido: Dirección: Tel:				

Los Señores Padres declaran que los datos que anteceden son auténticos y dan fe de ello mediante su firma y respectiva aclaración de la misma.

Firma del Padre/Madre o Tutor: Aclaración:

Nº de DNI/CI/LC: Fecha:

Firma y sello del Médico: