

**FICHA MÉDICA DEL ALUMNO**  
(ROGAMOS COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE Y DEVOLVER A LA BREVEDAD)



NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_  
 DNI \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO (INDICAR PISO Y DEPTO) \_\_\_\_\_  
 TELEF. PARA EMERGENCIAS \_\_\_\_\_  
 OBRA SOCIAL/ PREPAGA \_\_\_\_\_ N° DE AFILIADO \_\_\_\_\_  
 GRUPO SANGUÍNEO \_\_\_\_\_

	ESPECIFICACIONES	SI	NO
<b>SE ENCUENTRA PADECIENDO:</b>			
PROCESOS INFLAMATORIOS			
PROCESOS INFECCIOSOS			
<b>PADECE ENFERMEDADES:</b>			
METABÓLICAS: DIABETES			
CARDIOPATIAS CONGÉNITAS			
SOPLOS CARDÍACOS ( SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE DE QUÉ TIPO)			
HERNIAS INGUINALES, CRURALES			
ALERGIAS ( SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE A QUÉ)			
BRONQUITIS OBSTRUCTIVAS O ASMA POST EJERCICIO )			
<b>HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE:</b>			
HEPATITIS ( 60 DÍAS )			
PAROTIDITIS ( 30 DÍAS )			
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA ( 30 DÍAS )			
ALTERACIONES EN LAS ARTICULACIONES O EN COLUMNA VERTEBRAL (60 DIAS); SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE.			
ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (60 DÍAS); SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE DE QUÉ TIPO.			
ALGUNA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO (SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE).			
¿ESTÁ EN TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN PERMANENTE? (SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE Y ADJUNTE CERTIFICADOS E INDICACIONES).			
¿ESTÁ APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA?			
¿TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS?			
<b>OBSERVACIONES</b>			

FECHA:.....FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: .....

EN CUMPLIMIENTO DE LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE, ME NOTIFICO QUE TODA DERIVACIÓN DISPUESTA POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEBE HACERSE A UN HOSPITAL PÚBLICO. POR TANTO DE SER NECESARIO, Y CONTANDO EL COLEGIO CON EL SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS:

**AUTORIZO AL MISMO A DERIVAR A MI HIJO/A A UN HOSPITAL PÚBLICO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA):**

**SI** (EL PADRE/MADRE/TUTOR ACOMPAÑA AL ALUMNO EN EL VEHÍCULO DESDE EL COLEGIO. SI NO PUEDEN SER LOCALIZADOS, Y EL CASO REQUIERA ATENCIÓN HOSPITALARIA INMEDIATA, UN DIRECTIVO O LA PERSONA QUE ESTE DESIGNE ACOMPAÑARÁ AL NIÑO).

**NO** EN ESTE CASO ME COMPROMETO A RETIRARLO DEL COLEGIO PARA SU ATENCIÓN BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

**ATENCIÓN:** SI EL ALUMNO DEBE TOMAR UNA MEDICACIÓN EN HORARIO ESCOLAR, EL COLEGIO NO PUEDE DÁRSELA SIN TENER LA RECETA ORIGINAL DEL MÉDICO (NO FOTOCOPIA), INDICANDO NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE, EL MEDICAMENTO, LA DOSIS Y EL HORARIO EN QUE DEBE SER ADMINISTRADO. LA RECETA DEBE TENER SELLO ACLARATORIO DE FIRMA Y MATRÍCULA DEL FACULTATIVO.

DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DEL MÉDICO, AUTORIZO A MI HIJO/A A PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACIÓN FÍSICA, DÁNDOME POR NOTIFICADO Y PRESTANDO CONFORMIDAD A TODO LO MENCIONADO EN ESTA CIRCULAR.

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR ..... ACLARACIÓN .....

BUENOS AIRES,.....DE..... DE.....