

**FICHA MÉDICA DEL ALUMNO
(ROGAMOS COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE)**

PATRONATO ESPAÑOL



Instituto Español Virgen del Pilar

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
SE ENCUENTRA PADECIENDO:			
PROCESOS INFLAMATORIOS/ INFECCIOSOS			
PADECE ENFERMEDADES:			
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)			
AUSENCIAS/ CRISIS EPILÉPTICAS			
HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE:			
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? SI NO
- ¿TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS? SI NO

OBSERVACIONES:

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 SUMINISTRÁRSELA, EN CASOS EXCEPCIONALES DEBERÁN TRAER 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 Y ADJUNTAR LA AUTORIZACIÓN DE LA FAMILIA AL EQUIPO DE CONDUCCIÓN.

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.....