



Fecha/...../.....

:: FICHA DE SALUD

Apellido y Nombres del alumno.....

Fecha de nacimiento.....D.N.I.....

Cobertura Médica.....N° de afiliado.....

Nombre del médico pediatra.....Teléfonos.....

En caso de emergencia llamar a:

N° Tel. Madre.....

N° Tel. Padre.....

N° Tel. Otros.....

Autorizamos a la Escuela a brindar a mi hijo/a atención médica primaria ante una emergencia y a realizar los controles por pediculosis.

Informaremos a las autoridades del establecimiento, cualquier variante significativa, en la salud de nuestro hijo/a, así como también notificaremos a las docentes cuando presente alguna enfermedad durante el ciclo lectivo.

Declaramos expresamente que los datos indicados arriba son exactos.

Firma del Padre Firma de la Madre

Aclaración Aclaración

:: PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO**ANTECEDENTES FAMILIARES**

En caso de que un miembro de la familia (padres, hermanos, abuelos) padezca o haya padecido alguna enfermedad que considere importante informarle a la Escuela, por favor detalle a continuación:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTES PERSONALES DEL ALUMNO

	Normal ()	Parto Normal ()		Peso de nacimiento.....
	Patológico ()	NO	SI	
Anomalías congénitas				¿Cuál?
Alteraciones cardiovasculares				¿Cuál?
Alteraciones digestivas				¿Cuál?
Alteraciones de la nutrición				¿Cuál?
Alteraciones ortopédicas				¿Cuál?
Alteraciones de la piel				¿Cuál?
Alergias				¿A qué? ¿Cómo se manifiesta?



ALTERACIONES RESPIRATORIAS	NO	SI	ALTERACIONES NEUROLÓGICAS	NO	SI
Bronco espasmo			Traumat. de cráneo con pérd. de conoc.		
Tuberculosis			Epilepsia		
Otras			Convulsiones		
ALTERACIONES ENDOCRINOLÓGICAS	NO	SI	Cefaleas frecuentes		
Diabetes			Otras		
Enfermedad tiroídea			ALTERACIONES CONTROL ESFÍNTERES	NO	SI
Otras			Encopresis		
			Enuresis		
			Otras		

	NORMAL	OBSERVACIONES
Agudeza visual		
Agudeza auditiva		

Apellido y Nombres del alumno.....

- ¿Fue hospitalizado alguna vez? NO () SI ()
¿Por qué motivo?.....
- ¿Padece actualmente alguna enfermedad? NO () SI ()
¿Cuál / les?.....
- ¿Se encuentra actualmente en tratamiento? NO () SI ()
¿Cuál?.....
- ¿Toma actualmente alguna medicación? NO () SI ()
¿Cuál / les?.....
- ¿Debe cumplir alguna dieta especial por prescripción médica? NO () SI ()
¿Cuál / les?.....
- ¿Hay alguna actividad especial que no pueda realizar? NO () SI ()
¿Cuál / les?.....
- ¿Está en condiciones de realizar actividad física? NO () SI ()

OBSERVACIONES

.....

.....
 Sello con matrícula y Firma del médico

.....