



FICHA MÉDICA

Datos personales

Apellido y nombres de la alumna:

Fecha de nacimiento:

Tel: Tel. alternativo:

Cobertura Médica: N° de afiliado:

Grupo Sanguíneo:

Nombre del/a médico/a pediatra: Tel:

Centro de derivación sugerido en caso de emergencia médica:

Dirección: Tel:

En caso de emergencia médica comunicarse con:

VÍNCULO: TEL: VÍNCULO: TEL:

DATOS FAMILIARES

PROGENITORES / REPRESENTANTE LEGAL 1

PROGENITORES / REPRESENTANTE LEGAL 2

APELLIDO Y NOMBRE:	APELLIDO Y NOMBRE:
OCUPACIÓN:	OCUPACIÓN:
E-MAIL	E-MAIL
CELULAR:	CELULAR:

Antecedentes familiares

Señalar en caso de que un miembro de la familia (padres, madres, hermanos/as, abuelos/as) padezca o haya padecido alguna de las siguientes enfermedades:

	QUIÉN		QUIÉN
Tuberculosis		Alteraciones de la audición	
Asma		Anomalías congénitas	
Enfermedades sanguíneas		Enfermedades renales	
Enfermedades del colágeno		Cáncer	
Alergia		Epilepsia	
Alteraciones de la visión		Diabetes	
Obesidad		Enfermedades digestivas	
Hipertensión arterial		Cirugía cardiovascular	
Infarto de miocardio		Accidente cerebrovascular.	
Otras		Dislipemias (colesterol alto)	
		Otras.....	

.....
Progenitor/a o responsable legal 1 Progenitor/a o responsable legal 2 Firma y sello del médico/a tratante

ANTECEDENTES PERSONALES DE LA ALUMNA

Embarazo: normal () patológico ()

	SI	NO	
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

SÍ NO

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS

SÍ NO

Rinosinusitis			Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento.		
Otitis a repetición			Epilepsia		
Bronco espasmo			Convulsiones		
Anginas a repetición			Cefaleas frecuentes		
Tuberculosis			Otras:		

ALTERACIONES EMOCIONALES

SÍ NO

Depresión		
Ansiedad		
Hiperactividad		
Problemas para dormir		

ALTERAC. ENDOCRINOLÓGICAS

SÍ NO

ALTER. CONTROL ESFÍNTERES

SÍ NO

Diabetes			Encopresis		
Enfermedad tiroidea			Enuresis		

ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS	SÍ	NO	EDAD
Sarampión			
Varicela			
Tos Convulsa			
Rubéola			
Hepatitis			
Paperas			
Escarlatina			
Mononucleosis			
Otras:			

.....
Progenitor/a o responsable legal 1

.....
Progenitor/a o responsable legal 2

.....
Firma y sello del médico/a tratante

Apellido y nombres de la alumna:

.....

- ¿Fue hospitalizada alguna vez? NO () Sí ()

¿Por qué motivo?.....

.....

- ¿Realiza/zó tratamiento psicoterapéutico?: NO () Sí ()

¿Por qué motivo y en qué fecha?

.....

.....

- ¿Padece actualmente alguna enfermedad? NO () Sí ()

¿Cuál / les?

.....

.....

- ¿Se encuentra actualmente algún tipo de tratamiento (médico, psiquiátrico, psicológico, psicopedagógico)?

NO () Sí ()

¿Cuál?

.....

- ¿Toma actualmente alguna medicación? NO () Sí ()

¿Cuál / les?

.....

.....

- ¿Debe cumplir alguna dieta especial por prescripción médica? NO () Sí ()

¿Cuál / les?

.....

.....

- ¿Tiene contraindicado algún medicamento? NO () Sí () ¿Cuál/les?

.....

.....

- ¿Hay alguna actividad especial que no pueda realizar? NO () Sí () ¿Cuál / les?

.....

.....

Observaciones

.....

.....

.....

Quienes suscriben, toman conocimiento y autorizan a su hija para realizar actividad física de acuerdo a su edad, grado de maduración y desarrollo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

Me comprometo a notificar en el caso de que mi hija presentare alguna enfermedad durante el actual ciclo lectivo.

Dejamos constancia que los datos consignados son veraces y completos. Asimismo, asumimos la responsabilidad de comunicar en forma inmediata a las autoridades del establecimiento cualquier cambio o alteración de los datos antes consignados, en especial para el supuesto que la menor no se encuentre en condiciones de realizar una determinada actividad. Autorizamos desde ya a que, en caso de URGENCIA, sea la alumna trasladada al centro asistencial indicado en la presente.

Por el presente dejamos constancia que todos los datos que se proporcionaron en esta ficha son verídicos. Autorizo a la escuela Casa de la Educación a prestar asistencia médica de Hatzalah a mi hija en caso de ser necesaria.

.....
Progenitor/a o responsable legal 1 Progenitor/a o responsable legal 2 Firma y sello del médico/a tratante

CERTIFICADO DE APTO FÍSICO

Bs. As,/...../.....

Certifico que..... DNI
N°:.....de años de edad, ha sido examinada **clínicamente** en el día
de la fecha, y se encuentra en condiciones de concurrir a clases, de participar de actividades
escolares, incluidas las propias de la educación física escolar curricular, que corresponden a su
edad, género, grado de maduración y desarrollo durante el ciclo lectivo 2025.

OBSERVACIONES:

--

Firma y Sello del Médico/a

Progenitor/a o responsable legal 1 DNI N°.....

Progenitor/a o responsable legal 2 DNI N°.....