

FICHA MEDICA COLEGIO MANUEL BELGRANO – JARDIN PETER PAN

Apellido y Nombre del/la Alumno/a:.....DNI

Fecha de Nacimiento:..... Domicilio.....

Apellido y Nombre del Padre/DNI:.....CEL.....

Apellido y Nombre de la Madre/DNI:.....CEL.....

Teléfonos de emergencia:.....

Grupo Sanguíneo:			
¿Cuenta con alguna cobertura médica y/o seguro?		SI	NO
¿Cuál?	Nº de afiliado:		
¿Ha tenido o tiene algunos de estos padecimientos?			
En caso afirmativo, marcar con una X – Especificar de ser necesario			
ASMA	()	DIABETES	()
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	()	EPILEPSIA	()
ENFERMEDADES CARDÍACAS	()	CONVULSIONES	()
ENFERMEDADES GÁSTRICAS	()	HERNIAS	()
HEPATITIS	()	CELIAQUISMO	()
ANEMIAS	()	DOLO DE CABEZA SEVERO	()
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	()	PROBLEMAS PSIQUIATRICOS	()
HIPO TENSIÓN ARTERIAL	()	FRACTURAS O TRAUMATISMOS EN LOS ULTIMOS 60 DÍAS	()
OTRA ENFERMEDAD:			
OBSERVACIONES ESPECÍFICAS			
¿Ha padecido alguna intervención quirúrgica?		SI	NO
¿Presenta algún tipo de alergia?		SI	NO
¿Cuenta con calendario de vacunación completo?		SI	NO
¿Cuenta con vacuna COVID?		SI	NO
Nº Dosis:			
ANTITETANICA:	SI	NO	ANTIGRIPAL: SI NO
Fecha de aplicación/...../.....		Fecha de aplicación
¿Tiene alguna discapacidad física que requiera algún tipo de atención especial?		SI	NO
En caso afirmativo, especificar:			
Otros datos que considere de interés:			
APTO FISICO			
Por la presente deajo constancia que el alumno se encuentra APTO para realizar las actividades físicas deportivas y de natación propuestas por la institución.			
.....			
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO			
EVALUACIÓN CARDIOLÓGICA:			
Por la presente deajo constancia que el alumno se encuentra apto para realizar actividad física y natación acorde a su edad.			
.....			
(Adjuntar electrocardiograma)		FIRMA Y SELLO DEL CARDIOLOGO	
Ante una situación de emergencia de salud, autorizo SI / NO se traslade a mi hijo/a			
..... DNI		Al centro médico más cercano para brindarle atención médica.	
.....			
FIRMA ACLARACIÓN Y DNI MADRE/PADRE/TUTOR			