

FICHA MÉDICA – AÑO 2015

1. DATOS DEL ALUMNO:

Apellido: Nombre:.....
Fecha de nacimiento: DNI N°:.....
Domicilio: Cod. Postal:.....
Localidad: Teléfono:.....

2. ATENCIÓN EN CASO DE ACCIDENTE:

En caso de urgencia en clases de Educación Física o eventos deportivos llamar:
Por la mañana al tel.: Por la tarde al tel.:
Obra social / pre-paga: Afiliado N°:.....

3. ANOTACIONES MÉDICAS:

A. ¿Es alérgico? (si) (no) (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

B. ¿Está tomando alguna medicación? (si) (no) (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?

C. Otras indicaciones (marcar con una X)

- a. Metabólicas (diabetes, cardiopatías) (___)
- b. Epilepsia (___)
- c. Ausencia (___)
- d. Otros trastornos neurológicos (___)

D. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo:

E. Grupo sanguíneo:.....

F. ¿Tiene síntomas de asma o contraindicaciones a calmantes, antibióticos u otro tipo de medicamentos?:.....

Detallar ente que situación:.....

G. Observaciones: (consignar cualquier dato importante para el mejor conocimiento del alumno):

Firma del Padre..... Firma de la Madre.....

Aclaración..... Aclaración.....

DNI..... DNI.....