

FICHA MÉDICA – AÑO 2017

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 que?
- 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.....