

## 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.....