

FICHA MÉDICA – AÑO 2018

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.....