



## FICHA MÉDICA 2018

CABA, ..... de ..... de 2018.

Nombre Completo:			Edad:
Sala/Grado/Curso:		Fecha de Nacimiento:	
Domicilio:			DNI:
Teléfono Domicilio:		Grupo sanguíneo:	
Teléfonos Móviles de Contacto:		Parentesco:	
		Parentesco:	

**Antecedentes de Salud**

			SI	NO												
A) Se encuentra el paciente padeciendo procesos inflamatorios o infecciones																
B) Padece algunas de las siguientes enfermedades <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metabólicas</li> <li>• Cardiopatías Congénitas</li> <li>• Cardiopatías Infecciosas</li> <li>• Hernias inguinales, crurales</li> <li>• Alergias</li> </ul>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	C) Ha padecido en fecha reciente <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis (60 días)</li> <li>• Sarampión (30 días)</li> <li>• Parotiditis (30 días)</li> <li>• Mononucleosis infecciosa (30 días)</li> <li>• Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)</li> </ul>		SI	NO										
	SI	NO														

D) Alguna otra situación que el médico considera importante informar:

E) ¿Toma medicamentos en forma permanente? Indique cuáles:

F) Como política de Salud Preventiva, se sugiere evaluar (Laboratorio)

- Hemograma
- Glucemia
- Uremia
- Colesterol
- Hepatograma
- Ionograma

¿Está apto para desarrollar actividades físicas escolares?

SI NO

¿Posee Cobertura Médica? ¿Cuál?

Credencial: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de accidente derivar a:

**No habiendo lugar de derivación, el alumno será trasladado al Hospital donde indique la emergencia.****Es responsabilidad de las familias informar cualquier cambio en los datos que constan en este documento.**

Firma del padre/madre/tutor

Aclaración

Firma y sello del Médico