

FICHA MÉDICA

NIVEL INICIAL



Resolución N°2588/17 C.P.E

COMPLETAR CON LA MAYOR CANTIDAD DE DATOS POSIBLES.

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO: _____

SALA A LA QUE CONCURRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: / / DNI: _____

SANGRE - Grupo y factor: _____ OBRA SOCIAL: _____ N° SOCIO: _____

TELÉFONO/S URGENCIA (MADRE/PADRE): _____

VACUNA ANTITETÁNICA ☐ SÍ ☐ NO FECHA: / /

ASMA ☐ SÍ ☐ NO

PROBLEMAS CARDÍACOS ☐ SÍ ☐ NO

DESMAYOS ☐ SÍ ☐ NO

HERNIAS ☐ SÍ ☐ NO

¿Cuáles? _____

¿ESTÁ MEDICADO POR ALGÚN MOTIVO? ☐ SÍ ☐ NO

¿Qué medicamentos? _____

Horarios y frecuencias: _____

¿DEBE MEDICARSE EN ALGUNA CIRCUNSTANCIA? ☐ SÍ ☐ NO

¿Cuál? ¿Con qué frecuencia? _____

¿SIGUE ALGUNA DIETA EN PARTICULAR? ☐ SÍ ☐ NO

Especificar: _____

ALERGIAS A:

Medicamentos ☐ SÍ ☐ NO

Comidas ☐ SÍ ☐ NO

Otras Alergias ☐ SÍ ☐ NO - ¿Cuáles? _____

Prestar especial atención al potencial riesgo de picadura de abejas, avispas (chaquetas amarillas) y otros insectos.

Mi hijo/a ha sufrido picaduras ☐ NO ☐ SÍ

Si su respuesta es afirmativa responder:

☐ NO ha manifestado reacciones alérgicas.

☐ SÍ ha manifestado reacciones alérgicas.

¿Cuáles? Especificar: _____

OTRAS OBSERVACIONES: _____

La ficha puede ser completada por la familia. En caso de no ser firmada por un médico deberá adjuntar obligatoriamente un certificado de buena salud.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FECHA: / /

FIRMA MADRE/PADRE/TUTOR

Aclaración: _____