FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNO y ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Nombre y apellido del alumno: .....

Sala / Curso y División: .....

Fecha de nacimiento: ..... Nacionalidad: .....

D.N.I.: .....

Dirección: .....

Localidad: ..... Tel. Part.: .....

¿Tiene obra social? SÍ - NO ¿Cuál? .....

Nº de Afiliado: .....

Adjuntar fotocopia de carnet de Obra Social o Medicina pre-paga.

Nombre y Apellido de la Madre: ..... Nac.: .....

Profesión: ..... Lugar de trabajo: .....

Teléfono: ..... Celular mamá: .....

E-mail: .....

Nombre y Apellido del Padre: ..... Nac.: .....

Profesión: ..... Lugar de trabajo: .....

Teléfono: ..... Celular papá: .....

E-mail: .....

En caso de emergencia

¿A quién se deberá llamar primero? .....

En caso de traslado indique Centro de Salud aconsejado: .....

.....

¿A qué otras personas se puede llamar en caso de no encontrarse?

Nombre y Apellido: .....

Parentesco: .....

Teléfono: ..... Celular: .....

Nombre y Apellido: .....

Parentesco: .....

Teléfono: ..... Celular: .....

Apellido y Nombre del Médico: .....

Lugar y teléfono dónde se lo pueda ubicar: .....

.....

Celular: .....

INFORMACIÓN MÉDICA ***(PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL)***

Adjuntar *(Nivel Inicial: Sala de 3/4/5 y 1º año E.P.)*: _

- **examen visual**
- **audiometría** (con informe del Profesional)
- **bucodental**

1- Grupo sanguíneo:

2- ¿Padece el alumno alguna enfermedad por la cual pudiera requerir de asistencia en forma urgente? En caso afirmativo describir.

3- ¿Es alérgico? SÍ - NO ¿A qué?

4- ¿Tiene el alumno alguna alteración motora, auditiva, visual o del lenguaje que pueda compensarse con una ubicación especial en el aula o con una atención diferenciada por parte del docente?
En caso afirmativo por favor aclarar.

5- ¿Hay en el alumno antecedentes cardiovasculares familiares o personales significativos, datos del examen físico que ameriten una evaluación cardiológica? En caso afirmativo por favor adjuntar el resultado de la evaluación.

6- ¿Se encuentra apto para realizar actividad física?

7- ¿Tiene aplicadas todas las vacunas acorde al calendario oficial de vacunación?

8- ¿Recibe alguna medicación en forma crónica?

Firma y sello del profesional médico