



## ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y FICHA MÉDICA

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: .....

Teléfono: ..... Parentesco: .....  
Celular: .....

Nombre y Apellido: .....

Teléfono: ..... Parentesco: .....  
Celular: .....

Apellido y Nombre del Médico: .....

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

Celular: .....

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

**Adjuntar** (sólo Nivel Inicial y 1º año E.P.):

- **Examenvisual**
- **Audiometría** (con informe del Profesional)
- **Bucodental**
- **Certificado de vacunas obligatorias para el ingreso a 1º año**

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

**IMPORTANTE:** En caso de contar con el Certificado de Aptitud Física se ruega adjuntarlo a la presente . Muchas gracias.