



INSTITUTO “SAN JOSÉ”

INICIAL – PRIMARIO-SECUNDARIO
Av. SAN MARTÍN 6832 - TEL. 4501-1125
1419 C.A.B.A.
WWW.INSTITUTOSANJOSEFIC.EDU.AR

FICHA MEDICA

APELLIDO Y NOMBRE:	_____
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:	_____
FECHA DE NACIMIENTO:	____/____/____
EDAD:	_____
SEXO:	_____
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES:	_____
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:	_____
TEL:	_____
GRUPO SANGUINEO:	_____
FACTOR Rh: ()	_____
OBRA SOCIAL:	_____
SOCIO N°	_____
TEL:	_____

- VACUNAS (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación sólo para los alumnos que ingresan a Primer Grado o que son nuevos en el colegio)
- ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo)

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaco
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Tos convulsiva	Hernias	Asma	
Paperas	Sinusitis	Problemas neurológicos	
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	
Otras:	_____	_____	_____

- ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: _____

Traumatismos / fracturas _____

¿Toma alguna medicación? SI _____ NO _____ Diagnóstico: _____

¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____

¿Cómo lo evita? _____

¿Sufre de diabetes? _____ ¿Tiene problemas de coagulación? _____

- SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- Observaciones que Ud. crea conveniente realizar: _____

Buenos Aires,.....

APTO FISICO

Certifico haber examinado a DNI.....
Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades
gimnásticas y deportivas.
Para ser presentado ante las autoridades del Instituto.....
Buenos Aires,..... del mes de..... de 20....

.....
Firma del Profesional

.....
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración