



INSTITUTO SAN JOSÉ A-422
AV.SAN MARTÍN 6832-CABA-TEL.4501-1125

FICHA DE SALUD 2025

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO : _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____

COBERTURA MÉDICA: _____

PLAN: _____ N°DE AFILIADO: _____

GRUPO SANGUÍNEO _____ **FACTOR rh** _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Teléfono A _____ perteneciente a: _____

Teléfono B _____ perteneciente a: _____

VACUNAS– Adjuntar certificados de vacunación cuando exista actualización

Antitetánica: Fecha de aplicación _____ Fecha de aplicación del refuerzo _____

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ(Marcar con un círculo)

Sarampión	Otitis	Celíaco	
Varicela	Bronquitis	Hernias	
Escarlatina	Broncoespasmo	Diabetes	
Paperas	Asma	Reumatismo	
Meningitis	Sinusitis		
Epilepsia	Convulsiones	Cardiopatías	Problemas neurológicos

OTRAS _____

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: _____ Traumatismos/fracturas _____

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

¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____

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

OBSERVACIONES CONVENIENTES DE REALIZAR _____

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a _____

DNI _____ Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar actividades de resistencia aeróbica, gimnásticas y deportivas. En clases escolares, eventos recreativos competitivos, curriculares o extracurriculares de acuerdo a su edad y sexo.

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto San José A-422

Buenos Aires, _____ 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 _____