



<u>FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE</u>			
Apellido/s:			
Nombres:			
Domicilio:	Teléfono/Celular:		
Fecha de Nacimiento:	Número de Documento:		
DATOS DE FILIACIÓN			
PADRE:			
MADRE:			
RESPONSABLE PARENTAL (según sentencia judicial):			
ANTECEDENTES CLÍNICOS - QUIRÚRGICOS			
Asma	Diabetes	Cardiopatía:	Alergias:
Tiroides:	Celiaquía		
Cefaleas:	Convulsiones :	Hemorragia Nasal:	
Alergias a Antibióticos/analgésicos/otros:			
Grupo Sanguíneo:		Factor:	
Operación:		Tipo:	
Calendario de Vacunación completo: SI / NO			
Vacunación Covid: SI/NO		En caso de estar vacunado/a, indicar cantidad de dosis:	
Imposibilidad para realizar alguna actividad física: SI / NO			
¿Cuál?			
Otro dato importante a tener en cuenta:			

APTITUD FÍSICA CERTIFICADA POR UN PROFESIONAL :	
SI NO	
(CIRCULAR LO QUE CORRESPONDA)	
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO INTERVINIENTE:	
AUTORIZACIONES	
En caso de ser necesaria la atención médica de mi hijo/a autorizo a los representantes de la Institución a trasladarlo al H.D.P.D o al centro asistencial más cercano de la localidad en la que se encuentre.	
SI NO	
OBRA SOCIAL / PREPAGA	
Apellidos/Nombres:	Nº de Socio:
Dirección:	Teléfono:
DATOS PERSONALES	
En caso de emergencia avisar a:	
Nombre y Apellido:	Teléfono:
Certificamos la veracidad de los datos en esta ficha médica, nos comprometemos a actualizarlos en caso de modificación y autorizamos a las autoridades responsables a tomar decisiones para la atención médica y/o de otro tipo de intervención que a su criterio pueda requerir nuestro hijo/a durante las actividades escolares dentro y fuera del Establecimiento.	
FIRMA DEL MADRE/ RESPONSABLE PARENTAL:	FIRMA DEL PADRE/ RESPONSABLE PARENTAL:
ACLARACIÓN:	ACLARACIÓN:
D.N.I.:	D.N.I.: