



COLEGIO Nº 8050

“ JOSÉ MANUEL ESTRADA
INSTITUTO PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
ESPAÑA 2251 - TEL. (0387) 4212749 / 4314162 - A4400API SALTA

FICHA MÉDICA

LUGAR Y FECHA:..... CURSO:..... DIV.:
NOMBRE Y APELLIDO:.....
FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:.....
DOMICILIO:.....
TELEFONO DEL PADRE:..... TEL. DE LA MADRE: TEL. HIJO:.....

A LLENAR POR LOS PADRES

ANTECEDENTES PERSONALES DEL ALUMNO/A

VACUNACIONES:

B.C.G.: SI NO
TRIPLE: SI NO
SABIN: SI NO
ANTISARAMPIONOSA: SI NO
DOBLE: SI NO
REFUERZO ANTITETÁNICA: SI NO

EN CASO DE VACUNACIÓN MASIVA EN EL ESTABLECIMIENTO, SI NO
¿AUTORIZAN LA VACUNACIÓN DEL NIÑO/A? [] []

ENFERMEDADES CRÓNICAS O AGUDAS

SARAMPIÓN: SI NO
VARICELA: SI NO
RUBEOLA: SI NO
ESCARLATINA: SI NO
TOS CONVULSA: SI NO
PAPERAS: SI NO
ASMA: SI NO
EPILEPSIA: SI NO
HEPATITIS: SI NO
MENINGITIS: SI NO

OTRA/S:.....

ALERGIAS: SEÑALEN CUÁL/ES PADECE E INDIQUEN LOS ELEMENTOS Y/O MEDICAMENTOS QUE LA/S PROVOCA/N:

TRAUMATISMO DE CRÁNEO: SI NO
PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO: SI NO
FRACTURA/S: SI NO

EN CASO DE CONTESTAR "SI", INDIQUEN CUAL/ES:

GRUPO SANGUÍNEO:..... FACTOR:.....

ANTECEDENTES DE CIRUGÍA: DETALLE DE OPERACIONES:

.....
.....
.....
.....

INDICAR TRATAMIENTOS MÉDICOS PERMANENTES Y MEDICACIÓN:

.....
.....
.....

EN CASO DE ENFERMEDAD CORTA COMUNICAR AL/LA DOCENTE A CARGO QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁ RECIBIENDO.
EN CASO DE ATENCIÓN DE URGENCIA. ¿AUTORIZAN QUE EL ALUMNO SEA MEDICADO POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS CONTRATADO POR EL COLEGIO? SI NO [] []

MEDICO DE CABECERA:

NOMBRE:
TELÉFONO/S:

EN CASO DE ACCIDENTE AUTORIZO QUE EL ALUMNO SEA DERIVADO A LA CLÍNICA AUTORIZADA POR EL SEGURO CONTRATADO POR EL COLEGIO. ADEMÁS ME COMPROMETO A ACTUALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LA SITUACIÓN INFORMADA.

SALTA,..... DEDE.....

FIRMA DEL PADRE, MADRE

ACLARACIÓN Y DOCUMENTO

A LLENAR POR EL MÉDICO

EXÁMEN MÉDICO:

TALLA:..... PESO:.....

SEMIOLÓGÍA:

APARATO RESPIRATORIO:.....

APARATO CARDIOCIRCULATORIO:.....

APARATO DIGESTIVO:

OSTEOARTICULAR:.....

POSTURA:.....

PIE: (PLANO, TALO, VALGO):

COLUMNA:.....

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO:

USA ANTEOJOS: SI NO [] []

OTROS DATOS:

EDUCACIÓN FÍSICA:

APTO: SI NO [] []

DATOS POSITIVOS RESULTANTES DE LA REVISACIÓN QUE NO FIGUREN EN LA PLANILLA (CONSIGNAR):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SALTA, DE..... DE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO