



NIVEL INICIAL – NIVEL PRIMARIO

FICHA MÉDICA – CERTIFICADO DE SALUD CICLO LECTIVO 20.....

Esta ficha médica debe ser realizada con fecha del Ciclo Lectivo en curso.

Sin el Apto Físico no podrá realizar Educación Física ni concurrir al Campo de Deportes.

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

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ Marcar con una X

Sarampión		Asma		Celiaquía		Migraña	
Escarlatina		Otitis		Cardiopatías		Úlcera gastroduodenal	
Varicela		Sinusitis		Hipertensión arterial		Fiebre reumática	
Rubéola		Tuberculosis		Epilepsia		Patología renal	
Paperas		Hepatitis		Convulsiones		Trastornos oculares	
Meningitis		Mononucleosis		Vértigo/Mareos		Problemas emocionales	
Tos convulsiva		Diabetes		Hernia		Problemas neurológicos	

Otras: _____

REACCIÓN ALÉRGICA Marcar con una X – Indicar tipo de reacción

Suero		
Alimentos		
Medicamentos		

Otros: _____

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: _____

Traumatismos de cráneo / columna _____

Fracturas _____

Apendicectomía _____

Diabetes: ¿Tiene problemas de coagulación? _____

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojo, nariz, garganta: _____ Tórax, cráneo, pulmones, corazón: _____



Cabeza, cuello: _____ Abdomen, estómago, intestinos: _____

Sistema urinario: _____ Músculos, huesos: _____ Piel: _____

Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: _____

Si está bajo **tratamiento médico** por alguna afección en forma regular, explicitar los datos que se solicitan a continuación:

Diagnóstico: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Explique la forma de administración del medicamento:

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

INDICAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBE REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA

.....
.....

C.A.B.A.,..... del mes de..... de 20.....

CERTIFICADO DE SALUD

Certifico que.....

DNI N°.....de.....años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha a las..... hs. y se encuentra en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas las propias de la educación física escolar 1 (uno) / 2 (dos) módulos semanales y actividad deportiva y de competición que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

.....

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. Así mismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal:

Aclaración:

DNI: