



## Colegio Sagrada Familia

Ficha médica

Fecha límite de entrega 31/3

### DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: ..... CURSO: ..... NIVEL: .....  
Calle ..... N° ..... Localidad .....  
CP ..... TE: ..... TEL. ALT.: .....  
Obra social: ..... Carnet N°: .....

### EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A

Nombre y apellido: ..... TE:1.....

2: ..... 3: ..... 4: .....

Calle ..... N° ..... Localidad .....  
Teléfono alternativo: .....  
Trasladar a.....

### HISTORIA CLINICA

Enfermedades padecidas hasta la fecha (Responder si – no)

Sarampión: ..... Paperas..... Varicela..... Rubéola..... Escarlatina..... Epilepsia.....  
Otras.....

Enfermedades que padece o a las que es propenso: (Responder si – no)

Enfermedades Respiratorias ..... Afecciones del oído..... Cólicos renales.....  
Cardiopatías..... Infecciones urinarias..... Enfermedades oftalmológicas.....  
¿Cuáles?..... Otras.....

Es alérgico a:

Comidas..... ¿Cuáles?.....  
Medicamentos..... ¿Cuáles?.....  
Antibióticos..... ¿Cuáles?.....  
Picaduras..... ¿Cuáles?.....  
Ambientales..... ¿Cuáles?.....

Fue operado de.....

Está tomando algún medicamento..... ¿Cuál?.....

Sigue algún tratamiento..... ¿Cuál?.....

Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente .....

.....

### SOLO PARA SALA DE 5

ADJUNTAR: - Control oftalmológico  
- Control fonoaudiológico  
- Audiometría

En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems, deberá presentarse conjuntamente con este formulario el certificado médico que avala la afección consignada, indicando si en virtud de la misma el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividades físicas.

Dejo expresa constancia que se encuentra en buenas condiciones físicas, asimismo nos hacemos responsables del control periódico de su salud y notificaré al Colegio cualquier anomalía que se presente en el futuro.

Fecha: .....

.....  
Firma del padre, madre o tutor

.....  
Aclaración y DNI

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO

Dejo constancia de que el alumno.....DNI.....  
en la fecha lo encuentro apto para realizar actividad física tanto en la actividad curricular en el Colegio como fuera de él (torneos, campamentos, etc.) durante el presente ciclo lectivo.

Fecha: .....

.....  
Firma del médico

.....  
Aclaración

OBSERVACIONES: .....  
.....  
.....  
.....  
.....