

FICHA DE SALUD Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS 2018

SE RUEGA IMPRIMIR EN HOJA LEGAL Y COMPLETAR CON LETRA TIPEADA, O MANUSCRITA IMPRENTA MAYÚSCULA

Apellido y nombre del alumno/a:
DNI:..... Fecha de nacimiento:...../...../..... Grado:
Domicilio: Teléfono Particular:
Apellido y nombre de la madre:..... e-mail madre:
Celular mamá:..... Teléfono laboral de la mamá:
Apellido y nombre del padre: e-mail padre:
Celular papá:..... Teléfono laboral del papá:
Otros teléfonos:

FICHA MÉDICA

(a ser firmada por el pediatra)

¿Posee el niño obra social o medicina prepaga? SÍ - NO ¿Cuál?

Nº de afiliado del niño:

¿Recibió todas las vacunas? SI - NO ¿Cuáles no?

ANTECEDENTES: (Tache lo que no corresponda o complete según sea necesario).

Se encuentra con:

Proceso infeccioso o inflamatorio SÍ - NO Diabetes SÍ - NO

Cardiopatías congénitas SÍ - NO Hernias SÍ - NO

Otras:-----

Ha tenido recientemente:

Alergia SÍ - NO Hepatitis SÍ - NO

Mononucleosis SÍ - NO Asma SÍ - NO

Fracturas, esguinces, desgarros SÍ - NO Sarampión SÍ - NO

SITUACIÓN FÍSICA ACTUAL:

Dificultades de vista u oído SÍ - NO Cirugías SÍ - NO

Toma remedios en forma permanente: SÍ - NO ¿Cuáles?-----

Informe Clínico:-----

Informe Cardiológico:-----

¿Puede realizar actividades físicas de acuerdo con su edad? SÍ - NO

Comentarios:-----

Enfermedades a las que es propenso:.....

Grupo sanguíneo: Factor:

Vacunación antitetánica: SI - NO Fecha de aplicación de la última dosis...../...../.....

¿Padece en la actualidad algún problema de salud? SI - NO

¿Cuál?

¿Ha padecido? SI - NO ¿Cuál?.....

Antecedente Familiares: (diabetes, epilepsia, etc...)

¿Toma algún medicamento ? SI - NO

¿Cuál?

¿Es alérgico a algo? SÍ - NO ¿A qué?

¿Existe algún tipo de actividad que el médico haya recomendado no realizar? SI - NO

¿Cuál?..... ¿Por qué?.....

Consideraciones especiales:

Firma y sello del médico

Nota: En caso de urgencia, el Uriarte School tiene la normativa de comunicarse inmediatamente con los papis y con el servicio de atención médica de la institución, a fin de descartar cualquier anomalía. Se ruega dejar constancia acerca de alergias o patologías que requieran algún tratamiento especial a considerar.

EL COLEGIO NO SUMINISTRA MEDICAMENTOS DE NINGÚN TIPO A LOS ALUMNOS. LOS PADRES SE COMPROMETEN A ASISTIR ANTE EL CASO DE SER CITADOS POR LA INSTITUCIÓN ANTE EL REQUERIMIENTO DE UNA AUTORIDAD DEL COLEGIO.

Firma del padre/madre/tutor/encargado:

Aclaración: Tipo y número de documento:

Lugar y fecha:-----

Los alumnos que no tengan la ficha médica completa para el primer día de clase no podrán concurrir al campo de deportes, ni realizar ningún tipo de actividad física en el colegio hasta cumplimentarla. **IMPORTANTE: DEBERÁN ADJUNTAR A LA FICHA MÉDICA UNA FOTOCOPIA DE LA CREDENCIAL DE LA PREPAGA U OBRA SOCIAL.**