

FICHA MÉDICA

NIVEL INICIAL



COMPLETAR CON LA MAYOR CANTIDAD DE DATOS POSIBLES.

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO: _____

SALA A LA QUE CONCORRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: / / DNI: _____

SANGRE - Grupo y factor: _____ OBRA SOCIAL: _____ N° SOCIO: _____

TELÉFONO/S URGENCIA (MADRE/PADRE): _____

VACUNA ANTITETÁNICA SÍ NO FECHA: / /

ASMA SÍ NO

PROBLEMAS CARDÍACOS SÍ NO

DESMAYOS SÍ NO

HERNIAS SÍ NO

¿Cuáles? _____

¿ESTÁ MEDICADO POR ALGÚN MOTIVO? SÍ NO

¿Qué medicamentos? _____

Horarios y frecuencias: _____

¿DEBE MEDICARSE EN ALGUNA CIRCUNSTANCIA? SÍ NO

¿Cuál? ¿Con qué frecuencia? _____

¿SIGUE ALGUNA DIETA EN PARTICULAR? SÍ NO

Especificar: _____

ALERGIAS A:

Medicamentos SÍ NO

Comidas SÍ NO

Otras Alergias SÍ NO - ¿Cuáles? _____

Prestar especial atención al potencial riesgo de picadura de abejas, avispas (chaquetas amarillas) y otros insectos.

Mi hijo/a ha sufrido picaduras NO SÍ

Si su respuesta es afirmativa responder:

NO ha manifestado reacciones alérgicas.

SÍ ha manifestado reacciones alérgicas.

¿Cuáles? Especificar: _____

OTRAS OBSERVACIONES: _____

La ficha puede ser completada por la familia. En caso de no ser firmada por un médico deberá adjuntar obligatoriamente un certificado de buena salud.

En caso de accidente el/la alumno/a será atendido por el servicio médico de urgencias que contrata el Instituto Dante Alighieri.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FECHA: / /

FIRMA MADRE/PADRE/TUTOR

Aclaración: _____