

FICHA MÉDICA

(completar todos los datos posibles)

Nombre completo del/la alumno/a: _____ Sala a la que concurre: _____

Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____ Obra Social: _____

Teléfonos de madre/padre para casos de **urgencia**: _____

Vacuna antitetánica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha: _____
Asma	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Problemas de corazón	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Desmayos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hernias	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____
Alergias a:	
• medicamentos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____
• comidas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____
• otras alergias <i>>>> Prestar especial atención al potencial riesgo de picaduras de abejas, avispas (Chaquetas amarillas), y otros insectos.</i>	<p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mi hijo/a ha sufrido picaduras y NO ha manifestado reacciones alérgicas.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi hijo/a ha sufrido picaduras y ha manifestado reacciones: ¿Cuáles? Especificar</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



<p>¿Está medicado por algún motivo?</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Con qué medicamentos?</p> <p>_____</p> <p>Horarios y frecuencias de toma: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Debe tomar alguna medicación en alguna circunstancia en especial?</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál y con qué frecuencia ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>¿Sigue alguna dieta en particular?</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____</p> <p>_____</p>

Otras observaciones: _____

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

Fecha Profesional

Firma del padre/madre/tutor

Firma y Sello del Profesional

Aclaración

