

# 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: \_\_\_\_\_