

FICHA MÉDICA

NIVEL PRIMARIO



COMPLETAR CON LA MAYOR CANTIDAD DE DATOS POSIBLES.

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO: _____

GRADO AL QUE CONCORRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: / / DNI: _____

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

TELÉFONO/S URGENCIA (MADRE/PADRE): _____

VACUNA ANTITETÁNICA	SÍ	NO
ASMA	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
PROBLEMAS CARDÍACOS	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
DESMAYOS	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
HERNIAS	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Cuáles?	_____	
¿ESTÁ MEDICADO POR ALGÚN MOTIVO?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Qué medicamentos?	_____	
Horarios y frecuencias:	_____	
¿DEBE MEDICARSE EN ALGUNA CIRCUNSTANCIA?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Cuál? ¿Con qué frecuencia?	_____	
¿SIGUE ALGUNA DIETA EN PARTICULAR?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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 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: _____