

# FICHA MÉDICA NIVEL INICIAL



ASOCIACIÓN ITALIANA  
DE S.M. NUEVA ITALIA  
BARILOCHE | RIO NEGRO  
INSTITUTO DANTE ALIGHIERI



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 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: \_\_\_\_\_