

FICHA MÉDICA NIVEL PRIMARIO

EXCEPTO PARA 1º Y 4º GRADO



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: _____