



FICHA MÉDICA 2017

Apellido y Nombre del alumno /a

Edad

Curso

Vacunas section with fields for Antitetánica, Hepatitis A, Hepatitis B (opcional), Fecha, Grupo Sanguíneo, and Factor.

Plan de salud section with fields for Obra social o prepaga and Nº de afiliado.

Enfermedades, alergias y tratamientos:

- 1º A ¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente? B ¿Por qué enfermedad?
2º A ¿Toma actualmente algún medicamento? B ¿Cuál? C ¿Qué dosis y frecuencia diaria?
3º A ¿Tuvo algún accidente, cirugía, internación o procedimiento médico en el último año? B ¿Por qué motivo? (diagnóstico)
4º ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades? (Marcar con una X - indicar en qué momento se padecieron)

Table with 3 columns: X, Descripción, Fecha. Rows include Alergia, Gastritis o úlcera, Hepatitis, Mononucleosis infecciosa, Sarampión, Paroditis, Fiebre reumática, Escoleosis o enfermedad de la columna, Esguinces o luxaciones.

Table with 3 columns: X, Descripción, Fecha. Rows include Fracturas, Hernias inguinales u otras, Enfermedades de los pulmones, Enfermedades de los intestinos, Enfermedades renales crónicas, Cólicos renales, Infecciones urinarias, Enfermedades de los huesos o articulaciones, Colesterol.

Table with 3 columns: X, Descripción, Fecha. Rows include Problemas de alimentación, Diabetes, Epilepsia o convulsiones, Enfermedades psiquiátricas, Enfermedades cardíacas, Hipertensión arterial, Anemia, Procesos inflamatorios o infecciones, Otros.

- 5º ¿Padece alguna enfermedad de carácter reservado? Describir
6º ¿Tiene algún alimento no aconsejado por indicación médica? Describir (En caso afirmativo adjuntar certificado médico)

- 7º ¿Está apto para realizar actividades físicas? Observaciones de interés para los responsables

AUTORIZACIÓN: Los abajo firmantes nos responsabilizamos de la veracidad de los datos es esta ficha, la cual es una declaración jurada de nuestro/a hijo/a. Nos comprometemos también a notificar cualquier modificación que ocurra; asimismo autorizamos a que se le brinde atención médica urgente a nuestro/a hijo/a cuando la necesite. La Casa Salesiana Pio IX no se hace responsable de los datos que no se notifiquen por escrito en esta ficha.

Signature and stamp area with fields for Fecha, Firma del padre, Firma de la madre, Aclaración, and Firma y sello del médico.