



FICHA MÉDICA 2018

Apellido y Nombre del alumno /a \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

<b>Vacunas</b>	Antitetánica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Fecha: / /	<b>Grupo Sanguíneo</b>
	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Fecha: / /	Grupo: .....
	Hepatitis B (opcional) (En caso negativo, por favor aplicar)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Fecha: / /	Factor: .....

**Plan de salud**

Obra social o prepaga \_\_\_\_\_

Nº de afiliado \_\_\_\_\_

Enfermedades, alergias y tratamientos:

- 1º A ¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente?  SI  NO  
 B ¿Por qué enfermedad? \_\_\_\_\_
- 2º A ¿Toma actualmente algún medicamento?  SI  NO  
 B ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 C ¿Qué dosis y frecuencia diaria? \_\_\_\_\_
- 3º A ¿Tuvo algún accidente, cirugía, internación o procedimiento médico en el último año?  SI  NO  
 B ¿Por qué motivo? (diagnóstico) \_\_\_\_\_
- 4º ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades? (Marcar con una X – indicar en qué momento se padecieron)

X	Descripción	Fecha	X	Descripción	Fecha	X	Descripción	Fecha
	Alergia ¿Cuáles? .....			Fracturas ¿Cuáles? .....			Problemas de alimentación .....	
	Gastritis o úlcera			Hernias inguinales u otras			Diabetes	
	Hepatitis			Enfermedades de los pulmones			Epilepsia o convulsiones	
	Mononucleosis infecciosa			Enfermedades de los intestinos			Enfermedades psiquiátricas	
	Sarampión			Enfermedades renales crónicas			Enfermedades cardíacas	
	Paroditis			Cólicos renales			Hipertensión arterial	
	Fiebre reumática			Infecciones urinarias			Anemia	
	Escoliosis o enfermedad de la columna			Enfermedades de los huesos o articulaciones			Procesos inflamatorios o infecciones	
	Esguinces o luxaciones			Colesterol			Otros: .....	

- 5º ¿Padece alguna enfermedad de carácter reservado?  SI  NO  
 Describir \_\_\_\_\_
- 6º ¿Tiene algún alimento no aconsejado por indicación médica?  SI  NO  
 Describir \_\_\_\_\_  
 (En caso afirmativo adjuntar certificado médico)
- 
- 7º ¿Está apto para realizar actividades físicas?  SI  NO  
 Observaciones de interés para los responsables \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN:** Los abajo firmantes nos responsabilizamos de la veracidad de los datos de 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.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_ Firma de la madre \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico \_\_\_\_\_

Teléfonos de emergencia ordenados por prioridad

Ord.	TELÉFONO	NOMBRE	PARENTESCO
1º			
2º			
3º			