



FICHA MÉDICA 2020

Apellido y Nombre del alumno /a

Edad Curso Div. Carrera

Vacunas	Antitetánica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Fehca: / /	Grupo Sanguíneo
	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?
- 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
	Alergia ¿Cuáles?	
	Gastritis o úlcera	
	Hepatitis	
	Mononucleosis infecciosa	
	Sarampión	
	Paroditis	
	Fiebre reumática	
	Escoliosis o enfermedad de la columna	
	Esquinces o luxaciones	

X	Descripción	Fecha
	Fracturas ¿Cuáles?	
	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	

X	Descripción	Fecha
	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? 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 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.

..... Fecha Firma de Responsable Legal #1 Firma de Responsable Legal #2

..... Aclaración Aclaración

..... Firma y sello del médico

Teléfonos de emergencia ordenados por prioridad

Ord.	TELÉFONO	NOMBRE	PARENTESCO
1º			
2º			
3º			