



Apellido y Nombre del alumno /a

Edad

Curso

Div.

Carrera

VACUNAS		DATOS		Plan de salud
Vacunación completa según edad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Adjuntar fotocopias y aplicar faltantes	Peso (kg)	Obra social o prepaga
Vacunación anti Covid-19 (cantidad de dosis)	<input type="checkbox"/>	Fecha última dosis: / /	Talla (cm)	
			Grupo: Factor:	
				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			Escoliosis o enfermedad de la columna			Procesos inflamatorios o infecciones	
	Hepatitis			Esquinces o luxaciones			Problemas de piel	
	Mononucleosis infecciosa			Enfermedades de los huesos o articulaciones			Epilepsia o convulsiones	
	Sarampión			Hernias inguinales u otras			Enfermedades psiquiátricas	
	Parotiditis			Enfermedades de los pulmones			Enfermedades cardíacas	
	Fiebre reumática			Enfermedades de los intestinos			Hipertensión arterial	
	Infección por Sars-Cov2 (Covid19)			Enfermedades renales crónicas			Anemia	
	Colesterol			Cólicos renales			Usa anteojos	
	Diabetes			Infecciones urinarias			Consumo suplementos dietarios	

Otras alteraciones respiratorias, circulatorias, neurológicas, sanguíneas, digestivas, auditivas, visuales o detalle de las anteriores: .....

- 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 ¿En base a la evaluación clínica, está apto para concurrir a clases, participar de actividades escolares en viajes, salidas de estudio y recreativas, realizar actividades físicas y deportivas, curriculares o extracurriculares, acordes a su edad, sexo, estadio madurativo y bajo la supervisión de personal idóneo?  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 luego de su presentación al Instituto; 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			

*Datos opcionales del médico de familia*  
Nombre: .....

Tel: .....

Email: .....