

**FICHA MÉDICA DEL/LA ALUMNO/A**

**Apellido y nombres del/la alumno/a:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del/la alumno/a:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sala/Grado/Curso:** \_\_\_\_\_

**1) Indicar con una X**

**a. Se encuentra padeciendo:**

	SÍ	NO
Cuadros infecciosos crónicos		
Cuadros infecciosos a repetición		
Procesos inflamatorios o infecciosos crónicos		
Dificultades neurológicas – motoras - emocionales		

**b. Padece algunas de estas infecciones:**

	SÍ	NO
Asma bronquial		
Metabólicas		
Diabetes		
Cardiopatías congénitas infecciosas		
Hipertensión		
Hernias inguinales u otras		
Alergias (medicamentosas, alimentarias, ambientales, otras)		

**c. Ha padecido:**

	SÍ	NO
Hepatitis		
Sarampión		
Parotiditis		
Mononucleosis infecciosa		
Esquinces o luxaciones de tobillos, muñecas, otras.		
Broncoespasmos		
Convulsiones (a causa de.....) ¿Se medica? .....		
Accidentes		
Operaciones		

**2) Situaciones determinadas por el médico:**

¿Toma en forma habitual algún medicamento? .....

¿Cuál?.....

.....

Mencionar algún antecedente familiar que considere de importancia.....

.....

¿Recibió todas las vacunas correspondientes a su edad?.....

**OBRA SOCIAL/PREPARAGA:.....**  
**NRO. DE SOCIO/A:.....**  
**TELÉFONO:.....DIRECCIÓN:.....**  
**EN CASO DE QUE EXISTA LA POSIBILIDAD DE SER TRANSLADADO/A DE**  
**URGENCIA POR SANIDAD EDUCATIVA EL LUGAR**  
**SERÁ:.....**

**FECHA:**.....

**FIRMA Y SELLO DEL/LA MÉDICO/A:**.....