



INSTITUTO SANTÍSIMA VIRGEN NIÑA A-77

NIVEL INICIAL "HNA NARCISA"

"Caminando juntos, somos Comunidad"

1912 - 2023

FICHA MÉDICA ANUAL OBLIGATORIA 2023

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... EDAD: SEXO:

DOMICILIO DONDE VIVE EL /LA NIÑO/A Y CON QUIÉN:

EN CASO DE URGENCIA AVISAR:

1) TEL:

2) TEL:

GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR Rh:

OBRA SOCIAL: SOCIO N°:

TEL (urgencias - emergencias):

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ

Sarampión		Cardiopatías		Tos convulsa		Renales	
Varicela		Meningitis		Problemas neurológicos		Digestivas	
Escarlatina		Hernias		Convulsiones		Reumatismo	
Otitis		Celiaquía		Epilepsia		Cefaleas	
Bronquitis		Hepatitis		Mononucleosis		Covid-19	
Asma		Sinusitis		Desmayos			
Paperas		Diabetes		Sonambulismo			

Otras enfermedades:

¿Presentó alguna enfermedad no especificada anteriormente, **en este último tiempo**?

¿Cuál?

VACUNAS

Indicar fecha de última aplicación

B.C.G		Meningococo acwy	
Antigripal		HPV	
Neumococo		Hepatitis A	
Quíntuple o pentavalente		Hepatitis B	
I.P.V		Doble Bacteriana	
Rotavirus		Triple Bacteriana	
varicela		Triple Viral	
COVID			

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Relacionadas a Natación:

Operaciones:

Traumatismos:

¿Es alérgico/a?: ¿A qué?:

¿Tiene problemas de coagulación?:

¿Toma alguna medicación o está en tratamiento? Motivo y medicación:

.....

.....

.....

*** Para ser completado por el profesional.**

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a: D.N.I.:

Quién se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades de: gimnasia, natación, deportes y competencias acordes a su edad.

Observaciones:.....

.....

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto Santísima Virgen Niña.

C.A.B.A.,del mes de..... de 20.....

.....

Firma del profesional

.....

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos y autorizo a mi hijo/a a realizar todas las actividades en las áreas de Educación Física (Gimnasia y Natación).

C.A. de Bs. As. / / 20.....

Firma del Responsable.....

Tipo y N° de Doc.

Aclaración.....