

FICHA MÉDICA ANUAL OBLIGATORIA 2025

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			

