

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 | | | |

