

**FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE**

Apellido/s:	
Nombres:	
Domicilio:	Teléfono/Celular:
Fecha de Nacimiento:	Número de Documento:

**DATOS DE FILIACION**

PADRE:
MADRE:
RESPONSABLE PARENTAL (según sentencia judicial):

**ANTECEDENTES CLÍNICOS - QUIRÚRGICOS**

Asma	Diabetes	Cardiopatía:	Alergias:
Tiroides:	Celiaquía		
Cefaleas:	Convulsiones :	Hemorragia Nasal:	

Alergias a Antibióticos/analgésicos/otros:	
Grupo Sanguíneo:	Factor:
Operación:	Tipo:
Calendario de Vacunación completo: SI / NO	
Vacunación Covid: SI/NO En caso de estar vacunado/a, indicar cantidad de dosis:	
Imposibilidad para realizar alguna actividad física: SI / NO	
¿Cuál?	
Otro dato importante a tener en cuenta:	

**APTITUD FÍSICA CERTIFICADA POR UN PROFESIONAL :**

**SI NO**  
**(CIRCULAR LO QUE CORRESPONDA)**

**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO INTERVINIENTE:**

**AUTORIZACIONES**

En caso de ser necesaria la atención médica de mi hijo/a autorizo a los representantes de la Institución a trasladarlo al H.D.P.D o al centro asistencial más cercano de la localidad en la que se encuentre.

SI NO

**OBRA SOCIAL / PREPAGA**

Apellidos/Nombres:	Nº de Socio:
Dirección:	Teléfono:

**DATOS PERSONALES**

En caso de emergencia avisar a:	
1) Nombre y Apellido:	Teléfono:

Certificamos la veracidad de los datos en esta ficha médica, nos comprometemos a actualizarlos en caso de modificación y autorizamos a las autoridades responsables a tomar decisiones para la atención médica y/o de otro tipo de intervención que a su criterio pueda requerir nuestro hijo/a durante las actividades escolares dentro y fuera del Establecimiento.

FIRMA DEL MADRE/ RESPONSABLE PARENTAL:	FIRMA DEL PADRE/ RESPONSABLE PARENTAL:
ACLARACIÓN:	ACLARACIÓN:
D.N.I.:	D.N.I.: