

INFORMACIÓN DE SALUD -

AÑO 202...

La presente Ficha médica será tenida en cuenta para la atención del titular, por lo cual, rogamos que la información consignada sea lo más completa, precisa y veraz posible, para que los profesionales que asistan en caso de ser necesario, puedan brindar un mejor servicio de asistencia.
Rogamos completar con LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE.

DATOS DEL ALUMNO

Apellido y Nombre:

Fecha de nacimiento: Nacionalidad:

Lugar de nacimiento: SEXO: Femenino - Masculino

DNI:

Dirección: Calle: Nº: Localidad:

Dirección de correo electrónico de la familia:

TE:

Apellido y Nombre del Padre: Vive: SI - NO

Nacionalidad: D.N.I.: Ocupación:

Dirección: Teléfono:

Apellido y Nombre de la Madre: Vive: SI - NO

Nacionalidad: D.N.I.: Ocupación:

Dirección: Teléfono:

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

APELLIDO Y NOMBRES:

TELÉFONO de LÍNEA: TELÉFONO CELULAR:

Mail: Relación con el titular:

APELLIDO Y NOMBRES:

TELÉFONO de LÍNEA: TELÉFONO CELULAR:

Mail: Relación con el titular:

COBERTURA MÉDICA PARTICULAR

OBRA SOCIAL O PREGPAGA:

Nro de AFILIADO o SOCIO:

TELÉFONO URGENCIAS:

Si posee Médico de cabecera, complete los datos a continuación:

Apellido y Nombre del Médico de cabecera:

Teléfono de contacto:

ANTECEDENTES MÉDICOS (Tache lo que NO corresponde)

Enfermedades de la niñez

Varicela SI - NO

Otras?: SI - NO

Sarampión SI - NO

Cuál / es?

Rubéola SI - NO

Vacuna antitetánica: SI - NO **Fecha de aplicación:**

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente:

CARDIOPATÍAS SÍ - NO ¿Cuál / es?

RESPIRATORIAS SÍ - NO ¿Cuál / es?

METABÓLICAS SÍ - NO ¿Cuál / es?

NEUROLÓGICAS SÍ - NO ¿Cuál / es?

DIGESTIVAS SÍ - NO ¿Cuál / es?

HEPATOPATÍAS SÍ - NO ¿Cuál / es?

PSICOLÓGICAS SÍ - NO ¿Cuál / es?

TRAUMATOLÓGICAS SÍ - NO ¿Cuál / es?

PROCESOS INFLAMATORIOS SÍ - NO ¿Cuál / es?

FRACTURAS O ESGUINCES SÍ - NO ¿Cuál / es?

INFECTOCONTAGIOSAS SÍ - NO ¿Cuál / es?

Posee alguna enfermedad crónica? SI -- NO

¿Cuál /es? ¿Diabetes, trastornos de sangre?

.....
¿Es alérgico? SÍ - NO ¿A qué cosa es alérgico?

.....
¿Está actualmente en tratamiento con algún medicamento? SÍ - NO
En caso afirmativo complete la siguiente información:

A.- ¿Por qué lo toma?

.....
B.- ¿Qué medicamento debe suministrarse? (Complete el nombre del medicamento y la dosis)

- 1) Medicamento:
Dosis:
2) Medicamento:
Dosis:

En caso de urgencia ¿hay algún medicamento o droga que NO debe suministrársele? SÍ - NO
En caso afirmativo, ¿cuál / es?

.....
Recuerde que no estamos autorizados a suministrar ningún tipo de medicamentos. En caso de ser necesario, por decisión médica, solicitamos la correspondiente prescripción (receta firmada por un profesional médico). De no ser así, tendrán que acercarse los padres a dárselo en la escuela. Los alumnos no pueden suministrarse medicamentos sin la mencionada autorización.

ALIMENTACIÓN

¿Tiene alguna restricción sobre alimentos que puede ingerir?

.....
Deje constancia de haber cumplimentado la ficha médica de mi hijo/hija:

.....
a los días del mes de del año autorizando por la presente (en caso de emergencia), a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

.....
Firma del padre, madre o tutor

.....
Sello y firma del médico

.....
Aclaración

.....
Lugar y fecha