



SOUTHERN CROSS SCHOOL

FICHA MÉDICA 2021

DATOS PERSONALES:

APELLIDOS NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO EDAD GRADO

DOMICILIO

LOCALIDAD C.POSTAL

TELÉFONO/S CELULAR

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE

PROFESIÓN EDAD

TELÉFONOS CELULAR Y LABORAL

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE

PROFESIÓN EDAD

TELÉFONOS CELULAR Y LABORAL

TELÉFONO/S ALTERNATIVOS

¿A QUIÉN PERTENECEN?

COBERTURA MÉDICA N°

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A

.....

EN CASO DE NO PODER UBICAR A UDS. O A ALGUNA DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS POR UDS., Y DE SER NECESARIO, TRASLADAR A SU HIJO/A A ALGÚN CENTRO MÉDICO, ANTE UNA REAL EMERGENCIA:

¿A QUÉ CENTRO MÉDICO SE TRASLADA?

DIRECCIÓN:



HISTORIA CLÍNICA (A COMPLETAR POR EL/ LA PEDIATRA)

PESO: TALLA: LARGO BRAZOS: PIERNAS:

GRUPO SANGUÍNEO FACTOR R.H

ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA
.....
.....

SE ENCUENTRA PADECIENDO:

PROCESOS INFLAMATORIOS Y/O INFECCIOSOS
.....

METABÓLICAS, DIABETES

CARDIOPATIAS CONGÊNITAS
.....

CARDIOPATIAS INFECCIOSAS

HERNIAS INGUINALES OTRAS

PROBLEMAS RESPIRATORIOS

PROBLEMAS VISUALES

PROBLEMAS AUDITIVOS

ALTERACIONES EN LA MARCHA

HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE:

COVID-19 (SARS COV-2): HEPATITIS (60 días)..... SARAMPIÓN (30 días).....

PAROTIDITIS (30 días) MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (30 días)

CIRUGÍAS:

ESGUINCES, LUXACIONES, FRACTURAS.....

ENURESIS SONAMBULISMO DESMAYOS

CONSTIPACIÓN..... CONVULSIONES OTRAS

¿POSEE VACUNA ANTITETÁNICA? FECHA DE APLICACIÓN:
.....



¿POSEE TODAS LAS VACUNAS DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN AL DÍA?
.....

ES ALÉRGICO/A A.....

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO?.....

¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO?

¿ALGUNA OTRA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO O POR UDS. QUE NO ESTÉ CONTEMPLADA EN ESTA GUÍA?
.....

EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE ALGUNO DE LOS ÍTEMS SEÑALADOS PRECEDENTEMENTE, DEBERÁ PRESENTAR EL CERTIFICADO MÉDICO QUE AVALE LA AFECCIÓN CONSIGNADA, INDICANDO SI EN VIRTUD DE LA MISMA EL ALUMNO SE ENCUENTRA CAPACITADO O NO PARA EFECTUAR ACTIVIDADES FÍSICAS.

SEGÚN MI LEAL CONOCIMIENTO, DECLARO QUE SON VERÍDICOS TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONO EN EL PRESENTE CUESTIONARIO.

FECHA..... FIRMA..... ACLARACIÓN.....

EXAMEN MÉDICO:

CERTIFICO QUE GOZA DE BUENA SALUD, NO PADECE NINGUNA ENFERMEDAD, Y ESTÁ CAPACITADO/A FÍSICA Y MENTALMENTE PARA PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL ÁREA DE EDUCACIÓN FÍSICA.

.....
FECHA FIRMA, SELLO Y MATRÍCULA DEL PEDIATRA

DIRECCIÓN: TELÉFONO DEL PEDIATRA:

RECUERDEN:



EN CASO DE NECESIDAD, **UN DATO DESACTUALIZADO ES UN DATO INEXISTENTE. ES EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA MANTENER ESTOS DATOS ACTUALIZADOS INFORMANDO AL COLEGIO EN CASO DE PRODUCIRSE ALGÚN CAMBIO.*

**LA EXACTITUD DE LOS DATOS, ES TAMBIÉN PREVENCIÓN.*

**EL COLEGIO NO DARÁ MEDICACIÓN POR DISPOSICIÓN DE DIPREGE (MIN. EDUC. BS. AS.)*

POR FAVOR ADJUNTAR 3 FOTOCOPIAS DEL CARNET DE LA OBRA SOCIAL (FRENTE Y DORSO).