

SOUTHERN CROSS SCHOOL
FICHA MEDICA

DATOS PERSONALES:

APELLIDO.....NOMBRES.....

FECHA DE NACIMIENTO.....EDAD.....GRADO.....

DOMICILIO.....

LOCALIDAD.....C.POSTAL.....

TELEFONO/S.....CELULAR.....

TELEFONO/S ALTERNATIVOS.....

COBERTURA MEDICA.....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 SUS HIJOS A ALGUN CENTRO MEDICO, ANTE UNA REAL EMERGENCIA: ESTAN DE ACUERDO ?.....A CUAL ?.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE.....

PROFESION.....EDAD.....

TELEFONO PROFESIONAL / LABORAL.....

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE.....

PROFESION.....EDAD.....

TELEFONO PROFESIONAL / LABORAL.....

HISTORIA CLINICA

PESO.....TALLA TOTAL.....

GRUPO SANGUINEO.....FACTOR R.H.....

ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA.....

SE ENCUENTRA PADECIENDO:

PROCESOS INFLAMATORIOS Y/O INFECCIOSOS.....

METABOLICAS, DIABETES.....

CARDIOPATIAS CONGENITAS.....

CARDIOPATIAS INFECCIOSAS.....

HERNIAS INGUINALES.....OTRAS.....

PROBLEMAS RESPIRATORIOS.....

PROBLEMAS VISUALES.....

PROBLEMAS AUDITIVOS.....

ALTERACIONES EN LA MARCHA.....

HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE:

HEPATITIS (60 días).....SARAMPION (30 días).....PAROTIDITIS (30 días).....

MONONUCLEOSIS INFECCIOSAS (30 días).....OPERACIONES.....

ESGUINCES, LUXACIONES, FRACTURAS.....

ORGANOS EXTIRPADOS.....

ENURESIS.....SONAMBULISMO.....DESMAYOS.....

CONSTIPACION.....CONVULSIONES.....OTRAS.....

VACUNAS O SUEROS RECIBIDOS.....

.....

ES ALERGICO A.....

ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO ?.....

SIGUE ALGUN TRATAMIENTO ?.....

ALGUNA OTRA SITUACION PARTICULAR DETERMINADA POR EL MEDICO O POR UDS. QUE NO ESTE CONTEMPLADA EN ESTA GUIA.....

.....
EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE ALGUNO DE LOS ITEMS SEÑALADOS PRECEDENTEMENTE, DEBERA PRESENTAR EL CERTIFICADO MEDICO QUE AVALE LA AFECCION CONSIGNADA, INDICANDO SI EN VIRTUD DE LA MISMA EL ALUMNO SE ENCUENTRA CAPACITADO O NO PARA EFECTUAR ACTIVIDADES FISICAS.

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

FECHA.....FIRMA.....ACLARACION.....

EXAMEN MEDICO:

CERTIFICO QUE.....GOZA DE BUENA SALUD, NO PADECE NINGUNA ENFERMEDAD, Y ESTA CAPACITADO FISICA Y MENTALMENTE PARA PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL AREA DE EDUCACION FISICA.

FECHA.....FIRMA DEL MEDICO.....

ACLARACION DE FIRMA.....MATRICULA N°.....

DIRECCION.....TELEFONO.....

RECUERDE:

***EN CASO DE NECESIDAD, UN DATO DESACTUALIZADO ES UN DATO INEXISTENTE.**

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

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

POR FAVOR ADJUNTAR 3 FOTOCOPIAS DEL CARNET DE LA OBRA SOCIAL.