FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES:

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

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

DOMICILIO.....

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

TELÉFONO/S.....CELULAR.....

TELÉFONO/S ALTERNATIVOS.....

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 SUS HIJOS A ALGÚN CENTRO MÉDICO, ANTE UNA REAL EMERGENCIA:

¿ESTÁN DE ACUERDO ?.....¿A CUÁL ?.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE.....

PROFESIÓN.....EDAD.....

TELÉFONO PROFESIONAL / LABORAL.....

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE.....

PROFESIÓN.....EDAD.....

TELÉFONO PROFESIONAL / LABORAL.....

Colectora Panamericana Ramal Tigre 2375 y Uruguay, San Isidro, Buenos Aires, Argentina
Tel-Fax: 4719-5676/78
contacto@southerncross.edu.ar
www.southerncross.edu.ar

HISTORIA CLÍNICA

PESO.....*TALLA TOTAL*.....*LARGO BRAZOS*.....*PIERNAS*.....

GRUPO SANGUÍNEO.....*FACTOR R.H*.....

ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA.....

.....

SE ENCUENTRA PADECIENDO:

PROCESOS INFLAMATORIOS Y/O INFECCIOSOS.....

METABÓLICAS, DIABETES.....

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.....

CARDIOPATIAS INFECCIOSAS.....

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

PROBLEMAS RESPIRATORIOS.....

PROBLEMAS VISUALES.....

PROBLEMAS AUDITIVOS.....

ALTERACIONES EN LA MARCHA.....

HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE:

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

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

ESGUINCES, LUXACIONES, FRACTURAS.....

ÓRGANOS EXTIRPADOS.....

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

CONSTIPACIÓN.....*CONVULSIONES*.....*OTRAS*.....

VACUNAS O SUEROS RECIBIDOS.....

.....

ES ALÉRGICO 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 ITEMS 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 MEDICO:

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

FECHA.....*FIRMA DEL MÉDICO*.....

ACLARACIÓN DE FIRMA.....*MATRÍCULA N°*.....

DIRECCIÓN.....*TELÉFONO*.....

RECUERDE:

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

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

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

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