

FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNO

(Completar con letra imprenta mayúscula)

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ALUMNO/A:**INSTITUCION EDUCATIVA:**

Curso:	División:	Turno:	Ciclo Lectivo:
--------	-----------	--------	----------------

DNI:	Edad:	Teléfono casa/celular:
------	-------	------------------------

Obra Social:	Nº Afiliado:
--------------	--------------

Otros teléfonos de contacto en caso de urgencia:

¿Medicación Permanente? Sí / NO	Si respondió Sí, especifique:
---------------------------------	-------------------------------

PARA COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO

	Grupo Sanguíneo:	Presión Arterial:	FC:
--	------------------	-------------------	-----

Completar con una CRUZ si padece o no las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.

	SÍ	NO	Si respondió SÍ, especifique
DIFICULTADES RESPIRATORIAS			
*Asma, crisis asmáticas			
*Otras:			
DIFICULTADES NEUROLÓGICAS			
*Convulsiones, epilepsia			
*Otras:			

	SÍ	NO	Si respondió SÍ, especifique
DIFICULTADES CARDIOVASCULARES			
*Soplos, arritmias, cardiopatía congénita			
*Otras:			
DIFICULTADES VISUALES, MOTORAS Y/O AUDITIVAS			
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA			
*Bulimia, anorexia			
*Otros:			
TRASTORNOS DEL SUEÑO			
*Insomnio, sonambulismo, terrores nocturnos			
*Otros:			
TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO			
*Celiaquía, alteraciones digestivas			
*Otros:			
ALERGIAS			
*Respiratorias, dermatológicas, etc			
*Otros:			
DIFICULTADES OSTEOARTICULARES			
*Desviaciones de columna, pies u otros huesos			
*Traumatismos			
*Otros:			
ENFERMEDADES METABÓLICAS			
*Diabetes, Gota, Obesidad, Bajo peso			
*Otras:			
TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ÁREA DE SALUD MENTAL			
CIRUGÍAS PREVIAS			
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud			
CERTIFICO QUE EL ALUMNO SE ENCUENTRA: APTO / NO APTO (tachar lo que no corresponda) PARA EL PRESENTE CICLO LECTIVO.			
Fecha: / /			
	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		