|COLEGIO MARISTA “LA INMACULADA” NIVEL PRIMARIO AÑO 2024

### FICHA MÉDICA DE ACTUALIZACIÓN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO y NOMBRES DEL ALUMNO/ A** | **DNI** | **Fecha de nac.** |
| **TELÉFONO DE EMERGENCIA**  **-**  **-**  **-** | **Referente del teléfono**  **-**  **-**  **-** | |

**SE ATIENDE HABITUALMENTE EN:**

|  |  |
| --- | --- |
| Obra Social / Prepaga \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nº socio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hospital público/ Centro de salud\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Prof. Particular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**VACUNAS** Completas ( ) / Incompletas ( )

**PESO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRESIÓN ARTERIAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES MÉDICOS RELEVANTES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diabetes | Enferm. Cardíaca | Hernia | Convulsiones | Asma |
| Sinusitis /Adenoiditis/ Otitis | Celiaquía | Hemofilia | Otras | Otras |

**ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sarampión | Mononucleosis infecciosa | Hepatitis | Parotiditis | Tuberculosis |
| Varicela | Eruptivas infecciosas | Otras | Otras | Otras |

**TRATAMIENTOS**

Patología: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patología: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Psicológía\_ Desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Psicopedagogía\_ Desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonoaudiología\_ Desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS (aclarar mes y año)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apendicitis | Amigdalitis | Hernia | Otras |

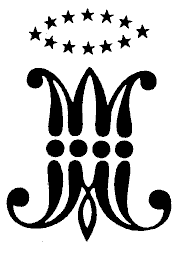
**ES ALERGICO A (aclarar a qué)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Comidas | Medicamentos | Antibióticos | Picaduras | Otros |

**Declaramos que los datos que hemos proporcionado son verídicos** FECHA: ..... / ..... / 2024

**✓ Firma y sello del profesional responsable:**

**✓ Firma y aclaración del padre/madre:**



COLEGIO MARISTA “LA INMACULADA” NIVEL PRIMARIO AÑO 2024

**APTO FíSICO**

Buenos Aires, : ……….... / ……….... / 2024

.

Certifico haber examinado a:

........................................................................................................................................DNI.................................................

Quien se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y de iniciación al deporte, de tipo recreativas, acordes a su edad, sexo y estado madurativo.

Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Marista ”La Inmaculada” Nivel Inicial

(A- 204)

|  |  |
| --- | --- |
| ..................................................... | .......................................................... |
| **Firma del Profesional** | **Sello aclaratorio y Nº de matrícula** |