

Instituto Santa María de Luján

Nivel Inicial

## FICHA MÉDICA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Apellido y nombre: .....  
Tipo y número de documento: .....  
Fecha de nacimiento: .....  
Edad: ..... Sexo: .....  
Grupo sanguíneo: ..... Factor Rh: ( .....)  
Obra Social: ..... Socio N° ..... T.E. ....  
Sala: .....  
Año: .....

a) Vacunas ( **Adjuntar fotocopia del certificados de vacunación por 1° vez o si han recibido alguna vacuna diferente al año anterior**)

b) Enfermedades que padece o padeció (Marcar con una cruz)

- |   |                                     |   |                                    |
|---|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sarampión      | <input type="checkbox"/> Otitis     | <input type="checkbox"/> Escarlatina            | <input type="checkbox"/> Celíaco   |
| <input type="checkbox"/> Varicela       | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Meningitis             | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Tos convulsiva | <input type="checkbox"/> Hernia     | <input type="checkbox"/> Asma                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Paperas        | <input type="checkbox"/> Sinusitis  | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos |                                    |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías   | <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Reumatismo             |                                    |

c) Antecedentes de interés:

Operaciones:.....

Traumatismos / fracturas:.....

¿Es alérgico?:..... ¿A qué?:.....

¿Cómo lo evita? :.....

¿Tiene problemas de coagulación?:.....

Señalar actividades que el niño no deba realizar exclusivamente por  
prescripción médica:.....

.....

Otras actividades que UD. crea conveniente hacer:.....

.....

**EN CASO DE URGENCIA RECURRIR A LOS SIGUIENTES TELÉFONOS:**

.....

.....

.....

.....

Firma del padre o madre



Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar algunos de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado

.....

Firma del Padre, Madre o Tutor

.....

Aclaración

Buenos Aires;.....

## **APTO FÍSICO**

Certifico haber examinado a:.....

D.N.I.:.....

quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia física  
aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto Santa María de Luján

Buenos Aires .....del mes de.....de 202.....

.....

Firma del Profesional

.....

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula