



Colegio Cardenal Copello

Victoria, Marzo 2018

FICHA INDIVIDUAL DE SALUD

Sres. Padres:

Enviamos la ficha individual para ser completada por ustedes y por un médico autorizado. La misma deberá ser devuelta hasta el día

Por favor completar con letra clara y de imprenta.

DATOS DEL ALUMNO

Apellido y nombres:

Sexo:.....DNI N°.....

Lugar y fecha de nacimiento.....

Domicilio.....N°.....Dpto.....

Partido.....Localidad.....CP.....

Obra Social.....N° afiliado.....

EMERGENCIAS

Teléfono A.....Pertenencia:.....

Teléfono B.....Pertenencia.....

Autorización de la madre, padre o tutor

En caso de emergencia el lugar de derivación será.....

cuya dirección es.....

Teléfono.....

Firma del Padre.....DNI.....

Aclaración de firma.....

Firma de la Madre.....DNI.....

Aclaración de firma.....

Esta ficha debe ser completada por un facultativo. Tachar lo que no corresponda.

A) APARATO RESPIRATORIO

| | | |
|----------------|----|----|
| Asma Bronquial | SI | NO |
| Sinusitis | SI | NO |
| Alergias | SI | NO |

B) APARATO CARDIOVASCULAR

GRUPO SANGUÍNEO.....RH.....

| | | |
|-------------------------|----|----|
| Palpitaciones | SI | NO |
| Disritmia | SI | NO |
| Soplo funcional | SI | NO |
| Anomalías congénitas | SI | NO |
| Otras cardiopatías..... | | |

C) OTRAS CARDIOPATÍAS

| | | |
|-------------------------------------|----|-------------|
| Hernias inguinales | SI | NO |
| Diabetes | SI | NO |
| Epilepsia | SI | NO |
| Convulsiones | SI | NO |
| Intervenciones quirúrgicas | SI | NO |
| Alergias a medicamentos | SI | NO |
| Problemas de vista | SI | NO ¿CUÁLES? |
| Urinarios | SI | NO ¿CUÁLES? |
| Articulares | SI | NO ¿CUÁLES? |
| Sintomatológicos | SI | NO ¿CUÁLES? |
| Infecciones | SI | NO ¿CUÁLES? |
| Otras afecciones no detalladas..... | | |

D) ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

| | | |
|-----------|----|----|
| Rubéola | SI | NO |
| Sarampión | SI | NO |
| Varicela | SI | NO |
| Otras | SI | NO |

E) VACUNACIÓN

¿Entregó en el Colegio todas las vacunas? SI NO

Antitetánica: Fecha de aplicación...../...../.....

Fecha de aplicación del refuerzo/...../.....

Certifico que el alumno/a.....

DNI Nº.....que ha sido atendido en fecha...../...../.....

SI NO se encuentra apto para realizar actividades físicas en el ámbito escolar, de acuerdo a su edad y sexo.

Restricciones SI NO