



Colegio Cardenal Copello

## 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 31 de marzo de 2019.

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