



# Oxford High School

SALA de 1 AÑO - NIVEL INICIAL  
PRIMARIO - SECUNDARIO  
- BILINGUE -

Montañeses 2759 - C.A.B.A.- tel: 4788-2925 / 4706-1577 / 4706-1602  
e-mail:oxford@vaneduc.edu.ar



## FICHA MÉDICA

### SECCIÓN JARDÍN - PRIMARIA - SECUNDARIO

APELLIDO Y NOMBRE:.....	
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:.....	
FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../.....	EDAD:..... SEXO:.....
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES:.....	
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:.....	TEL:.....
GRUPO SANGUÍNEO:.....	FACTOR Rh: (.....)
OBRA SOCIAL:.....	SOCIO N°..... TEL:.....

#### 1. VACUNAS (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)

#### 2. ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo):

- |                |            |                        |           |
|----------------|------------|------------------------|-----------|
| Sarampión      | Otitis     | Escarlatina            | Celíaco   |
| Varicela       | Bronquitis | Meningitis             | Epilepsia |
| Tos convulsiva | Hernias    | Asma                   |           |
| Paperas        | Sinusitis  | Problemas neurológicos |           |
| Cardiopatías   | Diabetes   | Remautismo             |           |
| Otras:.....    |            |                        |           |

#### 3. ANTECEDENTES DE INTERÉS

- Operaciones:.....
- Traumatismos / fracturas:.....
- ¿Es alérgico? ..... ¿A qué?.....
- ¿Cómo lo evita?.....
- ¿Sufre de diabetes? ..... ¿Tiene problemas de coagulación? .....

- Indique si el alumno toma alguna medicación en forma regular y la causa .....

#### ■ Área Psicopedagógica / Psicológica

¿Su hijo ha sido sometido a algún tratamiento?

Psicológico

Psiquiátrico

Psicopedagógico

Detalle brevemente las causas que motivan la derivación al profesional

Estado actual .....

(si aun sigue en tratamiento adosar informe profesional donde indique apto psicológico / psicopedagógico del alumno para su escolaridad y el diagnóstico actual del alumno).

## II. DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

### I. Examen físico

Apto Cardiovascular .....

Apto Respiratorio .....

Apto Digestivo .....

Evaluación Ortopédica .....

Evaluación Dermatológica .....

Observaciones .....

.....

### 2. ¿Desea realizar actividades físicas restringida? Si contesta afirmativamente ¿Cuál es la causa? .....

.....

.....

### 3. Estado Actual:

Peso:.....

Talla:.....

Estado Nutricional:.....

EL ALUMNO ESTA APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS:

---

### APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a..... DNI.....

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

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto .....

Buenos Aires,..... del mes de ..... de 201.....

.....

Firma del Profesional

.....

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

---

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 alguno de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado.

.....

Firma del Padre, Madre o Tutor

.....

Aclaración

.....

Firma Docente

.....

Aclaración