



Año:

FICHA MÉDICA

NIVEL INICIAL – PRIMARIO

Apellido(s)				Nombre(s)			
Tipo y Número de Documento:				Fecha de Nacimiento:			
Edad:				Género:			
Domicilio Adulto/s responsable/s:					Piso / Dto:		
Grupo sanguíneo:				Factor Rh:			
Obra Social:			Socio N°:			Tel:	
En caso de urgencia avisar a:						Tel:	

1. **VACUNAS** – Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación.

2. **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ** (Marcar con una cruz "x")

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| <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 Convulsa | <input type="checkbox"/> Hernias | <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 | |

Otras:

3. **ANTECEDENTES DE INTERÉS**

Operaciones:			
Traumatismos / Fracturas:			
¿Es alérgico/a?		¿A qué?	
¿Cómo lo evita?			
¿Sufre de diabetes?		¿Tiene problemas de coagulación?	

⇒ Indique si el alumno/a 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

.....

.....

Nota: si aún sigue en tratamiento, adosar informe profesional donde indique apto psicológico / psicopedagógico del alumno/a para su escolaridad y el diagnóstico actual del alumno/a).



OXFORD HIGH SCHOOL

Nivel Inicial - Primario - Secundario

Formación Bilingüe



FICHA MÉDICA

NIVEL INICIAL – PRIMARIO

DATOS A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD

1. Examen Físico:

↳ Apto Cardiovascular:	_____
↳ Apto Respiratorio:	_____
↳ Apto Digestivo:	_____
↳ Evaluación Ortopédica:	_____
↳ Evaluación Dermatológica:	_____
↳ Observaciones:	_____

2. El alumno debe realizar actividades físicas restringidas. SI NO (Circule lo que corresponda) Describa la causa _____

3. Estado Actual:

↳ Peso:	_____
↳ Talla:	_____
↳ Estado Nutricional:	_____

EL ALUMNO/A ESTÁ APTO/A 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 _____ de Buenos Aires, _____ del mes de _____ de 202 _____ .

Firma del profesional

Sello Aclaratorio y Nº de Matrícula

Fecha

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/tutor

Aclaración

Fecha

Firma del docente

Aclaración

Fecha