



## Ficha Médica 2025

Sala/Curso:..... Turno/División: .....

Apellido y Nombre:.....

Domicilio: ..... Teléfono: .....

Obra Social:.....

En caso de urgencia llamar a:  Mamá  Papá  Tutor, al teléfono:.....

y/o derivar al Centro Médico:  H.P.R.  Sanatorio San Carlos

Grupo Sanguíneo:..... Factor:.....

**RECUERDE QUE ES SU RESPONSABILIDAD ACTUALIZAR LOS  
DATOS DE SU HIJA/O EN XHENDRA**

### ANTECEDENTES PERSONALES

Problemas de salud:.....

Alergias: \*Alimentos:.....

\*Picadura de insectos:.....

\*Medicamentos:.....

\*Antibióticos:.....

Asma Bronquial: SI NO

Convulsiones: SI NO

Problemas Traumatológicos:.....

- ¿El problema está controlado? SI NO
- ¿Toma algún medicamento? SI NO ¿Cuál?.....
- ¿Recibió todas las vacunas? SI NO
- ¿Padeció tétanos? SI NO ¿Cuándo?.....

### INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Apendicitis SI NO Amigdalitis: SI NO Hernia: SI NO

Otras:.....

### PROPENSIÓN A ENFERMEDADES

Afecciones del oído – nariz – ojos

Asma: SI NO

Bronquitis: SI NO

Resfríos: SI NO

Enuresis: SI NO

Sonambulismo: SI NO

Desmayos: SI NO

Constipación: SI NO

Cardiopatías SI NO

Otras:.....

**El alumno está APTO // NO APTO para desarrollar las clases de Educación Física**  
Declaro bajo juramento que los datos completos son verdaderos.

**Fecha:** ..... **Firma del Padre/Madre o Tutor**.....

**Aclaración:**.....

**Observaciones:**.....



*Fifty years  
inspiring minds,  
nurturing hearts.*

FUNDACIÓN EDUCATIVA Y CULTURAL  
**COLEGIO SAN ESTEBAN**  
ESTABLECIMIENTO PÚBLICO DE GESTIÓN PRIVADA



## NIVEL INICIAL Y PRIMARIO 2025

### AUTORIZACIÓN VALIDA PARA LA SALIDA

De nuestra consideración:

Ponemos en su conocimiento que el estudiante \_\_\_\_\_ de ..... Sala/Grado será retirado/a del establecimiento a la finalización de la tarea escolar por:

Sr/a ..... DNI N° ..... Panteresco/Tel.....

.....

Firma

.....

Aclaración

### TRANSPORTE ESCOLAR - AUTORIZACIÓN PARA LA SALIDA

De nuestra consideración:

Ponemos en su conocimiento que nuestro hijo/a \_\_\_\_\_ alumno/a de ..... Sala/Grado será retirado/a del establecimiento a la finalización de la tarea escolar por:

**Nombre del transporte escolar:**..... **Teléfono:** .....

**Nombre del chofer:** .....

.....

Firma

.....

Aclaración

### ESTUDIANTES QUE SE RETIRAN SOLOS

Fecha: \_\_\_\_\_

Autorizo al estudiante ..... de ..... Grado a retirarse solo del establecimiento al finalizar el horario escolar. Deslindando toda responsabilidad al Colegio San Esteban.

.....

Firma

.....

Aclaración y DNI

**Me notifico del Reglamento escolar y del Acuerdo escolar de convivencia, del Colegio San Esteban (<https://sanesteban.edu.ar/documentacion/>)**

Nombre y apellido del estudiante: .....

Firma de madre/padre o tutor:..... Fecha.....

Aclaración: ..... DN I: .....

**IMPORTANTE: Adjuntar a la ficha médica**

#### **NIVEL INICIAL:**

- ✓ Sala de 4 años: Carnet de vacunación (si no fue presentado en la admisión)
- ✓ Sala de 5 años: Estudio auditivo y visual

#### **NIVEL PRIMARIO:**

- ✓ 1er Grado: Carnet de vacunación actualizado. Planilla del Ministerio de Salud de Río Negro
- ✓ 4to y 7mo: Planilla del Ministerio de Salud de Río Negro
- ✓ Nuevos ingresantes: Estudios auditivo, visual y carnet de vacunación.