

Colegio San Esteban

Ficha Médica 2026



Apellido y Nombre:.....Curso:.....Div:.....
Domicilio:Teléfono:
Fecha de Nacimiento:.....de.....de..... DNI:.....Obra Social:.....
En caso de urgencia llamar a: Mamá Papá Tutor al siguiente 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: 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?.....

COVID Cuenta con vacuna covid SI NO ¿cuántas dosis?.....

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Apendicitis SI NO Amigdalitis: SI NO Hernia: SI NO

Otras:.....

PROPENSIÓN A ENFERMEDADES

Afecciones del oído – nariz – ojos

Bronquitis: SI NO
Resfríos: SI NO
Enuresis: SI NO
Sonambulismo: SI NO
Desmayos: SI NO
Constipación: SI NO
Cardiopatías SI NO

Observaciones:.....

El estudiante 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:.....



Colegio San Esteban

Autorización adultos responsables

Adultos responsables para retirar/acompañar a mi hijo/a en caso de necesitarse un retiro anticipado o ingreso tardío.

Apellido y Nombre.....DNI.....Teléfono.....

Me notifico del Reglamento Escolar y del Acuerdo Escolar de Convivencia, del Colegio San Esteban

Nombre y apellido del estudiante:.....

Firma:.....Aclaración:.....DNI:.....

Fecha:.....

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

Aclaración:.....DNI:.....

Fecha.....