



Ficha Médica 2026 – Nivel Inicial y Primaria

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

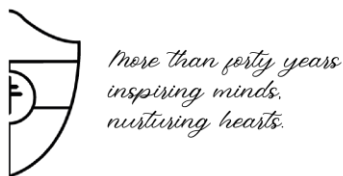
Otras:

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:



FUNDACIÓN EDUCATIVA Y CULTURAL SAN ESTEBAN

COLEGIO SAN ESTEBAN



NIVEL INICIAL Y PRIMARIO 2026

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.....

Sr/a DNI N° Panteresco/Tel.....

Sr/a DNI N° Panteresco/Tel.....

Sr/a DNI N° Panteresco/Tel.....

Sr/a DNI N° Panteresco/Tel.....

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

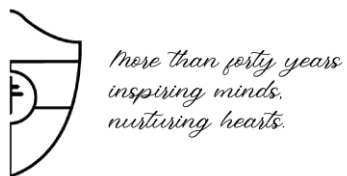
Me notifico del Reglamento escolar y del Acuerdo escolar de convivencia, del Colegio San Esteban

(<https://sanesteban.edu.ar/documentacion/>)

Nombre y apellido del estudiante:

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

Aclaración: DN I:



FUNDACIÓN EDUCATIVA Y CULTURAL SAN ESTEBAN

COLEGIO SAN ESTEBAN



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. Planilla del Ministerio de Salud de Río Negro

NIVEL PRIMARIO:

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