



Ficha Médica 2026 – Nivel Secundario

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
- ☐ ¿Padebió 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:.....



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.....

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

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

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

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.....