



Ficha Médica 2026

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

PEDIATRA DE CABECERA:

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:.....



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:

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.