



# Colegio San Esteban

## Ficha Médica 2020

Curso:..... Turno: .....

Apellido y Nombre:..... Nacionalidad:.....

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:.....

**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:**.....

.....

.....