



## FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ESTUDIANTE

(Completar con letra imprenta mayúscula)

*La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar de los estudiantes.*

### Apellido/s y Nombre/s del Estudiante:

DNI:	Edad:	Peso:	Altura:
------	-------	-------	---------

Obra Social:	N.º Afiliado:	Grupo Sanguíneo:	FC:
--------------	---------------	------------------	-----

Presión Arterial:	Tel. casa/celular de los padres:
-------------------	----------------------------------

Teléfono de contacto en casos de urgencias:	Pertenece a:
---	--------------

¿Toma medicación permanente?	SI	NO
------------------------------	----	----

Si respondió SI, especifique con claridad qué medicación toma:

¿Existe alguna actividad en la cual no debería participar por razones médicas?	SI	NO
--	----	----

**Si respondió SI, complete con la Certificación Médica necesaria e informe a la autoridad escolar.**

¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación?	SI	NO
--	----	----

En caso de responder NO, indique las que faltan:

*El abajo firmante, se compromete a comunicar formalmente a las autoridades de la institución, cualquier modificación y/o actualización de los datos, así como también a declarar información veraz relativa a su salud y/o tratamientos médicos.*

FIRMA DEL ESTUDIANTE	ACLARACIÓN	DOCUMENTO
----------------------	------------	-----------

--	--	--



**PARA SER COMPLETADO POR PROFESIONAL MÉDICO MATRICULADO.**

Estudiante:.....

DNI:.....

Completar con una cruz SI PADECE o NO las siguientes afecciones, problemas de salud y/o enfermedades

ENFERMEDADES/PATOLOGÍAS	SI	NO	SI RESPONDIÓ SÍ, EXPLIQUE Y AMPLÍE LA INFORMACIÓN
Asma, crisis asmáticas			
Problemas cardiovasculares (soplos, arritmias, cardiopatía congénita)			
Dificultades respiratorias			
Dificultades osteoarticulares:			
Dolencias crónicas			
Ataques de pánico			
Traumatismos			
¿Ha presentado síncope?			
Dificultades/ problemas neurológicos:			
¿Ha presentado convulsiones?			
¿Padece o ha padecido epilepsia?			
Enfermedad y/o tratamiento oncológico			
Problemas psicológicos/depresión			
Problemas complejos y condicionantes de visión			
Dificultades de audición, hipertrofia de cornetes, sinusitis, otitis.			
Algún tipo de alergia/afecciones alérgicas			
Trastornos alimentarios			
Diabetes			
Cirugías previas			
Otras afecciones/enfermedades/problemas de salud a considerar			

**CERTIFICO QUE EL ALUMNO SE ENCUENTRA:**

**APTO**

**NO APTO**

**PARA DESARROLLAR SUS ESTUDIOS BAJO LAS CONDICIONES PREVIAMENTE EXPLICITADAS.**

Fecha: / /

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO