



## FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ESTUDIANTE

(Completar con letra imprenta mayúscula)

*La información personal de este formulario será utilizada exclusivamente con propósitos preventivos y de salud*

### 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 familiar: |                  |         |

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**

