



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



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/PROBLEMAS DE SALUD	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			
Síncopes			
Dificultades/ problemas neurológicos:			
Convulsiones			
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