



Escuela Del Jacarandá –A-1145  
Grecia 3223 (1429) Cdad Autónoma de Buenos Aires  
Tel/fax : 4702-4823 - 47015427

**- NIVEL INICIAL -**

Estimada Familia:

Les pedimos que, por favor, completen en su totalidad la siguiente ficha médica a fin de actualizar la información, ya que cada dato es importante para nosotros y son los que nos requiere la Dirección General de Educación de Gestión Privada. El apto físico, debe ser renovado anualmente, con fecha del año en curso y adjuntado a esta ficha médica para ser presentado el primer día de clases.

Muchas Gracias. Cariños, Secretaría

**FICHA MÉDICA**

APELLIDO Y NOMBRE: .....  
TIPO Y N° DE DOCUMENTO: .....  
FECHA DE NAC.: ...../...../..... EDAD: ..... SEXO (M/F): .....  
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: .....  
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: ..... TEL.: .....  
GRUPO SANGUÍNEO: ..... FACTOR RH: .....  
OBRA SOCIAL: ..... SOCIO N°: ..... TEL.: .....

VACUNAS: ADJUNTAR FOTOCOPIA DE CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN.  
 ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ: SUBRAYAR  
SARAMPION OTITIS ESCARLATINA CELÍACO VARICELA BRONQUITIS MENINGITIS EPILEPSIA REUMATISMO TOS  
CONVULSIVA HERNIAS ASMA PAPERAS SINUSITIS PROBLEMAS NEUROLÓGICOS CARDIOPATÍAS DIABETES  
OTRAS: .....  
 ANTECEDENTES DE INTERÉS:  
OPERACIONES: ..... TRAUMATISMOS/FRACTURAS: .....  
¿ES ALÉRGICO? ..... ¿A QUÉ? .....  
¿CÓMO LO EVITA? .....  
¿SUFRE DIABETES? ..... ¿TIENE PROBLEMAS DE COAGULACIÓN? .....  
 SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA:  
.....  
 OTRAS OBSERVACIONES QUE UDS. CREA CONVENIENTE HACER:  
.....  
NOMBRE DEL PEDIATRA ..... TELÉFONO: ..... CEL: .....

DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE FICHA MÉDICA TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE AJUSTAN A LA REALIDAD. ASÍ MISMO, ME COMPROMETO A MANTENERLOS ACTUALIZADOS EN CASO DE VARIAR ALGUNO DE ELLOS.

FIRMA PADRE: ..... FIRMA MADRE: .....  
ACLARACIÓN: ..... ACLARACIÓN: .....