



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 completen la siguiente ficha médica, ya que esta información es la solicitada por la Dirección General de Educación de Gestión Privada.

Les recordamos que además deben presentar el apto físico, firmado por el pediatra.

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/ MADRES 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 ACTUALIZADA.

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ: SUBRAYAR

SARAMPIÓN 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/A NO DEBA REALIZAR POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA:

.....
OTRAS OBSERVACIONES QUE UDS. CREA CONVENIENTE HACER:

.....
NOMBRE DEL/LA 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/MADRE:

FIRMA PADRE/ MADRE:

ACLARACIÓN:

ACLARACIÓN: