



Instituto "Ntra. Sra. de la Misericordia" (A-58)

Directorio 2138 (1406) Cap. Fed.

Nivel Inicial

www.misericordiaflores.edu.ar

misejarflores@yahoo.com.ar

FICHA MÉDICA (NIVEL INICIAL)

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

- VACUNAS (Adjuntar fotocopias de certificados de vacunación)
- ENFERMEADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo).

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaco
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Tos convulsiva	Hernias	Asma	
Paperas	Sinusitis	Problemas neurológicos	
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	
Otros:			

- ANTECEDENTES DE INTERÉS

Diagnóstico particular:

Operaciones:

Traumatismos/ fracturas:

¿Es alérgico? ¿A Qué?

¿Cómo lo evita?

¿Sufre diabetes?..... ¿Tiene problemas de coagulación?

- SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

- OTRAS ACTIVIDADES QUE UD CREA CONVENIENTE HACER

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a DNI
Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar **actividades gimnásticas acordes a su edad, en el ámbito escolar, bajo supervisión profesional.**
Para ser presentado ante las autoridades del Instituto Ntra. Sra. de la Misericordia.
CABA , del mes de de 20.....

Firma del Profesional

Sello aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad.
Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.