



**Instituto "Ntra. Sra. de la Misericordia" (A-58)**  
 Directorio 2138 (1406) Cap. Fed.  
 Nivel Inicial  
[www.misericordiaflores.edu.ar](http://www.misericordiaflores.edu.ar)  
[misejarflores@yahoo.com.ar](mailto: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)
- ENFERMEDADES 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.