



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)
- ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo).

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaquía	Trast.de audición
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia	Trast.de alimentación
Tos convulsiva	Hernias	Asma	Escoliosis	Trast..Psicopatológico
Paperas	Sinusitis	TGD-TEA	Problemas neurológicos	
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	Trast. del Lenguaje	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 A-58

CABA..... 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.