



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	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.