

FICHA MÉDICA 2024

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
 TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 GRUPO SANGUÍNEO: _____ FACTOR: RH ()
 OBRA SOCIAL: _____ SOCIO N° _____
 NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: _____
 NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: _____
 DOMICILIO DE RESIDENCIA DEL NIÑO Y LOS PADRES O RESPONSABLES:

 Calle _____ N° _____ Depto: _____ Localidad _____
 EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____
 TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

VACUNAS (Consignar última fecha y adjuntar los certificados de vacunación oficial al día: PREVIO INGRESO ESCOLAR Y AÑOS SUCESIVOS HASTA 11 AÑOS)

SRP (Triple viral): Sarampión-Rubeola-Paperas (2do refuerzo)	VPH (Virus Papiloma Humano) (2 dosis con intervalo de 6 meses) 11 años
BCG	GRIPE: según corresponda
OPV (Sabin): Poliovirus oral (2do refuerzo)	HEPATITIS B: (iniciar o completar esquema a los 11 años)
DPT (Triple bacteriana celular) :Difteria-Tétanos-Tos Convulsa	HEPATITIS A:
MENINGOCOCO	dTpa: (Triple Bacteriana acelular) refuerzo 11 años

Link para consultar sobre el calendario de vacunación completo: www.argentina.gob.ar/salud/vacunas

Consulta vacunas del ingreso escolar y cada etapa de la vida: www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/vacunacion-ninosyninias

ENFERMEDADES PADECIDAS O EN CURSO (Consignar Sí o NO)

VARICELA	HEPATITIS	EPILEPSIA
PAPERAS	MENINGITIS	CARDIOPATÍAS
RUBEOLA	DIABETES	BRONCOESPASMO - ASMA
SARAMPIÓN	CONVULSIONES:	CONDICIÓN CELÍACA
ESCARLATINA	PROBLEMAS DE COAGULACIÓN	OTROS:

ALERGIAS: _____ COMIDAS: _____ ¿CUÁLES?: _____
PICADURAS: _____ ¿INSECTO?: _____

MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS AL PRESENTE QUE RECIBE REGULARMENTE:

¿CUÁLES? _____
 MOTIVOS: _____
 INTOLERANCIA A ALGUNA MEDICACIÓN: _____ ¿CUÁL? _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (Consignar fechas)

CARDIOLÓGICAS: _____ APENDICITIS: _____ HERNIAS: _____
 TRAUMATOLÓGICAS: _____ OTRAS: _____

Nota: agradecemos complementar la información en otra hoja de ser necesario.

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a _____ DNI n° _____ quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas individuales y de equipo acordes a su edad en Nivel Primario.

Para ser presentado ante la Directora y Representante Legal, autoridades del Colegio del Arce A-915, en CABA el día _____ del mes de _____ de 2024.

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. Estoy en conocimiento que sin apto físico mi hijo/a no podrá realizar actividades físicas escolares, ser admitido en el campo deportivo Club de Amigos, ni ser calificado en la asignatura.

Firma y aclaración del padre- madre /tutor o encargado: _____