



**NO OLVIDAR LA FIRMA DEL PROFESIONAL MÉDICO**

**DATOS DEL ALUMNO**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Celulares: \_\_\_\_\_  
 D.N.I. \_\_\_\_\_ Sexo: M – F  
 Edad: \_\_\_\_\_ años. Talla (en cm.) \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Kg. Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_ Factor \_\_\_\_\_

**DATOS de los ADULTOS**

VÍNCULO (.....)NOMBRE:.....  
 DOMICILIO:..... Cel.:.....  
 DOMIC.LABORAL/TE:.....  
 VÍNCULO (.....) NOMBRE:.....  
 DOMICILIO:..... Cel.:.....  
 DOMIC.LABORAL/T.E:.....

En caso de una urgencia con peligro de vida si no se ubica a los padres, notifico que mi hijo debe ser derivado a:

**COBERTURA SOCIAL**

Obra Social: \_\_\_\_\_  
 Prepaga: \_\_\_\_\_  
 Médico privado: Nombre: \_\_\_\_\_ T.E.: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?	Indicar con X		¿Ha padecido en fecha reciente?	Indicar con X	
	SÍ	NO		SÍ	NO
- Desmayos			- Hepatitis (60 días)		
- Cardiopatías congénitas			- Sarampión (30 días)		
- Convulsiones			- Parotiditis (30 días)		
- Epilepsia			- Mononucleosis infecciosa (30 días)		
- Asma			- Esguinces o luxaciones de: tobillo, hombro o muñeca (60 días)		
- Alergia					
- Hipertensión arterial					
- Obesidad					
- Diabetes					
- Cáncer					
- Celíacos					
- Hepatitis					
- Operaciones					
- Dengue					
- COVID					

¿Toma medicamentos en forma permanente? Indique cuales:

NOTA: En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems señalados precedentemente, deberá presentar, conjuntamente con el formulario, el certificado médico que avale afección consignada, indicando si, en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física.

**Dejo Constancia que.....se encuentra apto/a para realizar actividad física y/o deportiva según programas escolares acordes a sexo y edad.**

\_\_\_\_\_  
**Firma y sello del médico**

**LA FICHA MÉDICA DEBE SER ENTREGADA A LA DOCENTE DEL GRADO HASTA EL 20-03-26**

La misma cumplirá la función de informarnos sobre las particularidades físicas de sus hijos a fin de contar con los datos necesarios que fuesen requeridos por algún inconveniente que surgiera. Si el profesional le entrega un certificado, el mismo debe decir “el paciente X se encuentra apto para realizar actividad física” fecha del 2026, firma y sello. Por favor adjúntela a esta ficha completa por la familia.

Les pedimos que cualquier modificación que debiera incorporarse a la ficha, se comprometan a informarla al Colegio, adjuntando la documentación correspondiente, dado que esta ficha deberá reflejar la realidad de sus hijos durante el ciclo 2026.

**Nos comprometemos a actualizar la Ficha de Salud en la medida en que los datos volcados sobre esta, varíen.**

Firma padre-madre tutor:.....Aclaración:.....

Curso del alumno 2026:.....Jornada.....Fecha:.....