



COLEGIO SANTO TOMÁS DE AQUINO N° 8117

NIVEL INICIAL – PRIMARIO – SECUNDARIO

Av. Sarmiento 760 – Tel.: 4315320 – WhatsApp: 3872273917

Email: santotomasdeaquino8117@hotmail.com

FICHA MÉDICA - NIVEL INICIAL Y PRIMARIO

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Apellido/s y Nombre/s:

DNI:

Curso: Grupo sanguíneo:

Edad:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

Marque con una cruz	SI	NO	Marque con una cruz	SI	NO
Asma			Hemorragia nasal		
Convulsiones			Hepatitis		
Diabetes			Pérdida de conocimiento		
Enfermedades del corazón			Problemas de audición		
Enfermedades del riñón			Varicela		
Fiebre prolongada					
Alergias ¿a qué?:					
Otras enfermedades:					
Observaciones:					

Detalle alguna otra información sobre su hijo/a que sea importante en el desarrollo del proceso de enseñanza y aprendizaje (déficit de atención, hiperactividad, autismo, etc):

Declaro que las respuestas que anteceden acerca de la salud de mi hijo/a se ajustan a la verdad y no he omitido información alguna.

Firma y aclaración del tutor/a:.....

Salta,...../...../202....

1. CERTIFICADO DE SALUD ESCOLAR (Debe ser completado por un profesional competente)

Certifico que el/la alumno/a arriba mencionado/a, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado/a clínicamente en el día de la fecha, encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas las propias de Educación Física escolar curricular, que debe corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo. **APTO** **NO APTO** **CON OBSERVACIONES** (tachar lo que no corresponda)

Presenta:

- Signos o síntomas de enfermedad infecto-contagiosa: **SI** **NO**
- Esquema de vacunación: **Completo** **Incompleto**
- Peso..... Talla..... T/A.....

Observaciones:.....

Firma y sello del pediatra:.....

Salta,...../...../202....

2. SALUD BUCAL

- Presenta caries: **SI** **NO**
- En tratamiento: **SI** **NO**
- Buena salud bucal: **SI** **NO**

Observaciones:.....

Firma y sello del odontólogo:.....

Salta,...../...../202....

3. CONTROL OFTALMOLÓGICO

- Buena visión: **SI** **NO**
- Usa anteojos: **SI** **NO**

Observaciones:.....

Firma y sello del oftalmólogo:.....

Salta,...../...../202....