	Inspectoría Argentina Norte "Artémides Zatti" Colegio Primario Don Bosco Av. 9 de julio 1.085–Tel. 4434.715 Formosa	**GRADO/SECCIÓN……** **CICLO LECTIVO: 2027**

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO

Antes de completar esta ficha médica, lea atentamente cada apartado. Es indispensable responder todos los ítems.

……

Apellido y nombre DNI Fecha de nacimiento Edad

……

Domicilio Barrio Teléfono celular

MARQUE CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

1) ¿Padece asma? SÍ NO ¿Qué factores o situaciones desencadenan los síntomas? ……

¿Qué tratamiento recibe? ……

2) ¿Tiene alguna alergia? SÍ NO ¿A qué? ……

¿Recibe algún tratamiento? ……

3) ¿Toma medicamentos de manera habitual? SÍ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, ESPECIFIQUE: **Diagnóstico:** ……

MEDICAMENTO:…… **Dosis:** ……

Talla: …… Peso: ……

Si el alumno se encuentra bajo tratamiento, la administración de los medicamentos estará a cargo de sus padres o tutores.

4) ¿Ha tenido episodios de epilepsia o convulsiones? SÍ NO

5) ¿Ha tenido hepatitis? SÍ NO

6) ¿Ha sido internado alguna vez o ha recibido suero? SÍ NO

7) ¿Ha sido sometido/a a alguna intervención quirúrgica? SÍ NO ¿Cuál fue el motivo?
……

8) ¿Presenta alguna limitación o condición física que deba informarse? SÍ NO ¿Cuál?
……

GRUPO SANGUÍNEO: …… FACTOR RH: ……

¿Ha recibido alguna transfusión de sangre? SÍ NO

OFTALMOLOGÍA: Marque con una X las opciones que correspondan.
Usa anteojos o lentes de contacto (….) Miopía (….) Hipermetropía (….) Estrabismo (….) Astigmatismo (….)
Agudeza visual: normal (….) anormal (….)

Firma y sello del/de la profesional oftalmólogo/a: ……

ODONTOLOGÍA
Piezas dentarias: completas (….) incompletas (….) Caries: SÍ - NO APTO: SÍ - NO

Firma y sello del/de la profesional odontólogo/a: ……

CONTROL CARDIOLÓGICO: solo si el/la pediatra lo considera necesario. En ese caso, adjuntar el electrocardiograma.
Adjuntar fotocopia del carnet de vacunación.

Firma y sello del/de la profesional cardiólogo/a o pediatra: ……

OBSERVACIONES: Esta ficha médica deberá ser completada por los profesionales de la salud correspondientes a cada especialidad. Una vez completa, deberá presentarse ÚNICAMENTE a los docentes de Educación Física. Su presentación es requisito para que el/la alumno/a pueda participar de las clases de dicha área.

El/la alumno/a: ……, al momento de realizarse el examen médico, se encuentra **APTO/A FÍSICAMENTE** para participar en las actividades propuestas por la Unidad Educativa que sean acordes con su edad, grado de maduración y desarrollo, incluidas las clases de Educación Física, durante el CICLO LECTIVO 2027.

…… **Fecha**: ____/____/____

Firma y sello del Profesional Médico

Autorizo que mi hijo/a reciba atención médica de urgencia en caso de ser necesario:

……

Firma del padre, madre o tutor/a **Aclaración** **DNI**