Colegio
Mater Ter Admirabilis

Nivel Secundario

nivelmedio@colegiomater.edu.ar
www.colegiomater.edu.ar

FICHA MÉDICA- NIVEL MEDIO

FOTO

Datos del alumno:

Apellido y Nombre: _____ Curso: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____DNI: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____Celular Madre: _____Celular Padre: _____

En caso de Urgencia comunicarse con:
(Apellido y Nombre, vínculo, teléfono de contacto):_____
Centro Médico en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:
(Lugar - Dirección - Teléfono):_____
(Lugar - Dirección - Teléfono):_____
(Lugar - Dirección - Teléfono):_____

Médico pediatra/de familia: _____ Teléfono de contacto: _____
¿Posee cobertura médica? ¿Cuál? _____ N° de Afiliado: _____

Información general:
Grupo sanguíneo: _____ Factor RH: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Se encuentra padeciendo:
Procesos inflamatorios o infecciosos: SI NO
Especificar:_____
Anomalías Congénitas: SI NO
Especificar: _____
Alteraciones Neurológicas: SI NO
Especificar: _____
Alteraciones Emocionales: SI NO
Especificar: _____
Otras anomalías que se debieran considerar: SI NO
Especificar: _____

ANTECEDENTES DE SALUD

	SI	NO		SI	NO
A) ALTERACIONES EN EL APARATO CARDIOVASCULAR			DURANTE O POST ACTIVIDAD FISICA HA PADECIDO:		
Cardiopatías congénitas			Cefalea		
Arritmias o soplos			Mareos		
Circulatoria			Vómitos		
Hipertensión Arterial			Cansancio extremo		
Hipercolesterolemia			Dolor en el pecho		
Hemofílica			Dificultades para respirar		
Cardiopatías infecciosas			Pérdida de la conciencia		
Otras enfermedades crónicas:			Otras situaciones a considerar, detallar:		
B) ALTERACIONES EN LA NUTRICION			HA PADECIDO O PADECE EN LA ACTUALIDAD		
Obesidad			Convulsiones		
Alteraciones digestivas			Alteraciones en la piel		
Celiaquía			Procesos inflamatorios		
Otras situaciones a considerar, detallar:			Procesos infecciosos		
			Diabetes		
C) ALTERACIONES EN EL APARATO RESPIRATORIO			Dengue		
Anomalías respiratorias			Fiebre Reumática		
Sinusitis			Hepatitis		
Broncoespasmos			Mal de Chagas		
Anginas			Parotiditis		
Asma Bronquial			Tuberculosis		
Otras situaciones a considerar, detallar:			Vértigo/Mareos		
			Otras situaciones a considerar, detallar:		

D) ALTERACIONES EN LA ESTRUCT. ABDOMINAL					
Hernias inguinales, crurales					
Cirugías					
Ulceras Gastroduodenales					
Otras situaciones a considerar, detallar:					
E) ALTERACIONES EN LA ESTRUC OSTEOARTROMUSCULAR			EVALUACION AUDITIVA NORMAL		
Fracturas					
Luxaciones			AGUDEZA VISUAL. ¿Usa lentes?		
Esguinces					
Lesiones Ligamentosas			ALERGIAS		
Lesiones Musculares o Tendinosas			Especificar y Fechar		
Correcta organización Columna Vertebral					
Otras situaciones a considerar, detallar:					

	SI	NO		SI	NO
TOMA ALGUNA MEDICACIÓN EN FORMA REGULAR			¿FUE OPERADO EN ALGUN MOMENTO?		
Motivo, descripción, fecha estimada del tratamiento, dosis, administración. Especificar:			¿Cuándo? ¿Por qué? Especificar:		
¿HA SIDO INTERNADO EN ALGUN MOMENTO?			¿PRESENTA ÓRGANOS PAR ÚNICOS?		
¿Cuándo? ¿De qué? Especificar:			Riñones, testículos, ojos, etc. Especificar:		
¿En la actualidad, existe alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar? Especificar:					

DEBE ADJUNTAR ESCANEADO a secsecundaria@colegiomater.edu.ar
Cartilla de Vacunación Actualizada
Carnet de la Obra Social

AUTORIZO A QUE MI HIJO/A SEA TRASLADADO EN CASO DE EMERGENCIA AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO.
(Tachar lo que no corresponda)
SI NO

OBSERVACIONES:
Dejamos constancia de que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos. Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA - NIVEL MEDIO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 2023

Certifico que _____ DNI _____ de _____ años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

_____ _____
Firma, aclaración y DNI del padre/madre o tutor Firma y sello del médico

Ficha válida hasta el 31 de marzo de 2024