

## FICHAS MÉDICA – CICLO LECTIVO 2016

**CURSO:** \_\_\_\_\_

### **DATOS DEL ALUMNO**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de urgencia avisar a: \_\_\_\_\_

Obra social: \_\_\_\_\_ Carnet N<sup>ro</sup>. \_\_\_\_\_

### **ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES** (Colocar SI NO)

Asma: \_\_\_\_\_ Afecciones al oído: \_\_\_\_\_

Bronquitis: \_\_\_\_\_ Afecciones de la nariz: \_\_\_\_\_

Desmayos: \_\_\_\_\_ Afecciones de los ojos: \_\_\_\_\_

Constipación: \_\_\_\_\_ Baja presión: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **ES ALÉRGICO A:** (Especificar)

Comidas: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

Picaduras de insectos: \_\_\_\_\_ Antibióticos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **OBSERVACIONES:**

En caso de urgencia y de no encontrarme en mi domicilio para ser consultado/a, autorizo a que mi hijo/a sea derivado al centro asistencial más cercano o al siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre

\_\_\_\_\_  
Aclaración

Certifico que el alumno/a \_\_\_\_\_  
goza de buen estado de salud y puede realizar actividades físicas.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico, sello y matrícula

### **ESTADO BUCO DENTAL**

BUENO      DEFICIENTE (necesita tratamiento)

\_\_\_\_\_  
Firma del médico, sello y matrícula

**Completar sólo los alumnos de Sala de 5**

### **EXAMEN OFTALMOLÓGICO**

BUENO      NECESITA TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
Firma del médico, sello y matrícula

### **EXAMEN AUDITIVO**

BUENO      NECESITA TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
Firma del médico, sello y matrícula