



**FICHA DE EMERGENCIA MÉDICA – AÑO 2023**

Apellido ..... Nombres.....

Domicilio ..... Localidad.....

Teléfono particular ..... Otros teléfonos.....

..... D.N.I. N° ..... Grupo sanguíneo..... RH.....

Obra social/prepaga a la que pertenece..... Afiliado N° .....

**HISTORIA CLÍNICA:**

**ENFERMEDADES PADECIDAS:**

Sarampión..... Varicela..... Escarlatina..... Rubeola..... Difteria..... Paperas.....  
Broncoespasmos..... Falso crup..... Sinusitis..... Tos convulsa..... Epilepsia.....  
Convulsiones..... Escoliosis..... Cardiopatías..... Pie plano ..... Desmayos.....  
Fracturas..... Afeciones al oído.....  
Afeciones a la nariz..... Afeciones a los ojos..... Enfermedades  
osteo-articulares..... Otras.....

**VACUNAS RECIBIDAS:**

Quintuple..... Sabin..... BCG..... Otras.....

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:**

**ES ALÉRGICO/A A:**

Medicamentos:.....

Alimentos: .....

Otros .....

En caso de necesidad toma medicación: ¿Alópata? ¿u Homeópata?

¿Sigue algún tratamiento? .....

¿Puede comer de todo?.....

Algo significativo para tener en cuenta .....

La escuela cuenta con servicio de emergencia médica que atiende el accidente dentro del establecimiento o realiza el traslado, sólo si el médico a cargo lo considera necesario. Los padres serán avisados telefónicamente a los números que hayan indicado. Si no existiera comunicación posible con los padres, la dirección/rectoría autorizará el traslado del alumno/a, previa evaluación médica. Lo mismo será aplicable ante cualquier emergencia ocurrida en el Campo de Deportes, pudiendo ser atendido también en el consultorio del club.



**SECCIÓN A LA QUE PERTENECE EL ALUMNO/A :**

**JARDÍN:** Sala de.....años /Turno .....

**PRIMARIA:** ..... Grado .....

**SECUNDARIA:**.....Año

**Si durante el año se produce algún cambio en relación a los datos aquí consignados, lo haremos conocer en forma escrita a la Administración del colegio.**

Autorizo a mi hijo a realizar Educación Física, incluyendo, entre otros, los siguientes deportes: Natación, Rugby y Hockey.

-----  
Firma de la madre

.....  
Aclaración y DNI

-----  
Firma del padre

.....  
Aclaración y DNI

Por la presente, certifico que el alumno/a .....  
se encuentra apto/a para realizar Actividad Física. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ...../...../.....

-----  
Firma del médico

-----  
Sello profesional