



FICHA DE EMERGENCIA MÉDICA – AÑO 2024

ApellidoNombres.....

DomicilioLocalidad.....

Teléfono particularOtros 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 planoDesmayos.....
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