



FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE 2026

Nombre y Apellido del estudiante:
Año:
DNI: Fecha de nacimiento/...../.....
Domicilio (indicar piso y dpto.):
Nombre y Apellido del Padre:
Nombre y Apellido de la Madre:
Teléfono particular:
Teléfono celular Padre:
Teléfono celular Madre:
Teléfonos emergencias:
Obra Social/Prepaga: N° Afiliado:
(Adjuntar fotocopia del carnet)
Grupo sanguíneo:

Especificaciones: Si/No

Padece enfermedades:

- Metabólicas cardiopatías congénitas:
- Alteraciones en el Aparato Cardiovascular Cardiopatías congénitas o Infecciosas:
- Soplos cardíacos (si contesta sí, especifique de qué tipo):
- Hernias inguinales crurales Alergias (si contesta sí, especifique a qué):
- Bronquitis obstructivas o asma post – ejercicio):
- Alteraciones en el Aparato Respiratorio (detallar):
- Anomalías Respiratorias (detallar):
- Sinusitis (detallar):
- Asma Bronquial:
- Alteraciones Neurológicas (detallar):
- Alteraciones Emocionales (detallar):
- Alteraciones en la nutrición (detallar):
- Celiaquía:
- Anomalías Congénitas (detallar):
- Circulatoria (detallar):
- Hipertensión Arterial (detallar):
- Hipercolesterolemia (detallar):
- Hemofílica (detallar):
- Úlceras Gastroduodenal (detallar):
- Cirugías (detallar):
- Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular Fracturas (detallar):
- Luxaciones y/o esguinces (detallar):
- Lesiones Ligamentosas (detallar):
- Lesiones Musculares o Tendinosas (detallar):
- Correcta organización Columna vertebral:
- Otras:



Ha padecido en forma reciente / padece:

- Hepatitis (60 días)
- Parotiditis (30 días)
- Mononucleosis infecciosa (30 días)
- Diabetes
- Convulsiones
- Alteraciones en la piel
- Procesos inflamatorios
- Procesos infecciosos
- Dengue
- Fiebre reumática
- Mal de chagas
- Tuberculosis
- Vértigos/mareos
- Alergias:
- Agudeza visual - ¿usa lentes? - graduación:
- Alteraciones en las articulaciones o en la columna vertebral (60 días): si contesta sí, especifique:
- Alguna intervención quirúrgica (60 días): si contesta sí. Especifique de qué tipo
- Alguna situación particular determinada por el médico: si contesta sí, especifique
- ¿Está en tratamiento con medicación permanente?: si contesta sí, especifique y adjunte certificados e indicaciones
- ¿Toma alguna medicación? Detallar
- ¿Tiene indicado/contraindicado algún medicamento? (Motivo – Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración)
- ¿Tiene las vacunas actualizadas?

Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:

- Cefaleas
- Mareos
- Vómitos
- Cansancio extremo
- Dolor en el Pecho
- Dificultad para respirar
- Pérdida de conciencia
- Otros síntomas (detallar):

- ¿Ha sido Internado alguna vez? SI NO

¿Cuándo? ¿Porqué?

- ¿Fue operado en algún momento? SI NO

¿Cuándo? ¿De qué?



- ¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?

Especificar:

¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI NO

Desde (fecha) Motivo:

¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? SI NO

Detallar:

Dejamos constancia 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.

Autorizamos al Servicio de Emergencias contratado por el Establecimiento Educativo, a prestar asistencia médica a (nombre y apellido completo del estudiante) DNI en caso de ser necesario. Con previo aviso a la familia.

Fecha límite de entrega del certificado de aptitud física y cardiológica: 31/3

LA FICHA DE SALUD REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, SIENDO OBLIGACIÓN DE LOS SRES. PADRES/TUTORES LEGALES/ENCARGADOS LEGALES, NOTIFICAR AL COLEGIO CUALQUIER MODIFICACIÓN EN LA MISMA.

.....
Firma y aclaración del responsable legal

.....
DNI

Por la presente manifiesto que el/la estudiante examinado/a resulta clínicamente **"APTO/A"** - **"NO APTO/A"** (tachar lo que no corresponda) para concurrir al **Nivel Secundario** y realizar Educación Física y práctica deportiva en clases, torneos, salidas educativas, etc.-

Lugar y fecha:

Firma del Médico:.....

Matrícula:.....

Aclaración:.....

Sello: