INSTITUTO REPUBLICA ARGENTINA
DIEGEP N°2492/0663/7722
25 de Mayo 270/274/282, Bernal, Pcia. Buenos Aires

FICHA MEDICA

La presente Ficha Médica tiene por objeto aportar datos necesarios para una mejor atención y seguridad de los estudiantes.

Nombre y Apellido:…… **DNI:**…….
Obra Social:……..**Carnet N°**…….
Enfermedades padecidas: (anote brevemente las enfermedades de importancia detallando edades) ……..
……..
Alergias: SI NO CUALES?.....
(Tachar lo que no corresponda)

DIABETES	SI	NO
EPILEPSIA O CONVULSIONES	SI	NO
TRASTORNO CARDIACOS	SI	NO
TRASTORNO RENALES	SI	NO
TRASTORNOS DIGESTIVOS	SI	NO

(Tachar lo que no corresponda)

Si se encuentra bajo algún régimen alimentario, adjuntar a la presente un certificado médico en donde consten los motivos del tratamiento.

Otro tipo de afección: …….
Grupo y Factor sanguíneo::……..
Intervenciones quirúrgicas a las que fuere sometido……..
Vacunas en vigencia:………
……

1-Autorizo a mi hijo/a……**que cursa** …….. **año/grado o sección** a realizar actividades de Educación Física en los horarios establecidos.
2-Comunicaré al Jardín cuando exista un impedimento para realizar las actividades dentro de las 48 hs.
Adjuntar a la presente el certificado de aptitud física firmado por profesional médico.
3-En los casos en los que se considere necesario o conveniente efectuar algún tipo de consulta con Ud. complete los datos que a continuación se solicitan:
Nombre del responsable parental:……..
Teléfonos y horarios donde ubicarlo:…….

En caso de necesidad de atención médica, indicar sanatorio, hospital o clínica de la zona donde debe ser atendido:……
***OBSERVACIONES*:**……

Fecha: **……..** **Firma y Aclaración del Responsable Parental:**…….