



APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE: .....  
**SALA:** ..... Años - **DIVISIÓN:** ..... **TURNO:** ..... **DNI N°:** .....  
**FECHA DE NACIMIENTO:** ...../...../..... **EDAD AL 30 DE JUNIO:** .....  
**OBRA SOCIAL:** ..... **AFILIADO N°** .....  
**NOMBRE DEL PADRE:** ..... **DNI N°:** .....  
**TEL. O CELULAR DE CONTACTO:** .....  
**NOMBRE DE LA MADRE:** ..... **DNI N°:** .....  
**TEL O CELULAR DE CONTACTO:** .....  
**RESPONSABLE LEGAL DEL ESTUDIANTE:** ..... **DNI N°:** .....  
**TEL O CELULAR DE CONTACTO:** .....

Los abajo firmantes asumen la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Quedan notificados que, en caso de emergencia, el estudiante será trasladado al hospital, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además, se comprometen a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. **En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems deberán presentar con la Ficha el Certificado Médico en que se indique diagnóstico**, en aquellos casos en que el estudiante “SI” presente algunas de las situaciones descriptas en la ficha, con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares.

La Dirección General de Escuelas sugiere a lo/s Padre/s, Madre/s o Responsable legal de los estudiantes, el control médico anual de los mismos.

Antecedentes generales y condiciones de salud	Marcar con una cruz en el espacio libre		
Procesos inflamatorios	SI		NO
Diabetes	SI		NO
Afección cardiaca	SI		NO
Asma	SI		NO
Enfermedades del Sistema nervioso	SI		NO
Alergias	SI		NO
Celiaquía	SI		NO
Trastornos de alimentación (Bulimia/Anorexia)	SI		NO
Sonambulismo	SI		NO
Epilepsia	SI		NO
Paperas	SI		NO
Tos convulsa	SI		NO
Hepatitis	SI		NO
Sarampión	SI		NO
Mononucleosis infecciosa	SI		NO
Traumatismos: fracturas, esguinces, luxaciones, otros	SI		NO
Convulsiones	SI		NO
Operaciones	SI		NO
Prótesis	SI		NO
Marcapasos	SI		NO
Anafilaxis	SI		NO
Tratamiento oncológico	SI		NO

Tratamiento con medicamentos	SI		NO	
Nombre del medicamento:				
Dosis:		Frecuencia:		
Médico para llamar por urgencias (si corresponde):				

Firma y Aclaración del Padre/Madre o Responsable Legal .....

Fecha: ...../...../.....