Colegio Santa Rosa de Lima
CUE 700001000 – San Luis 139 Este – Tel. 2344211809 – San Juan - Argentina

FICHA MÉDICA DE ALUMNOS
CICLO LECTIVO 2025

Curso. …… División……..

La presente queda supeditada a nuevas solicitudes que el Ministerio de Educación o Salud Pública crean pertinentes durante el Ciclo Lectivo.

Apellidos y nombres (como figura en el DNI) ……

Fecha de nacimiento: ……/……/…… DNI…… Edad: …… años

Domicilio: ……..

Teléfono fijo: …… Celular: ……

Obra Social: ……..

Grupo Sanguíneo: …… Factor: …… Talla: …… Peso: ……..

- **ENFERMEDADES QUE PADECE O HA PADECIDO -** Tachar lo que no corresponda-

Hepatitis: **SI** A – B – C **NO**

Diabetes: **SI** Grado…… **NO**

Hemofilia: **SI** **NO**

Celiaquía: **SI** **NO**

Otras: ……

- **ENFERMEDADES QUE AFECTAN EL SISTEMA NERVIOSO** - Tachar lo que no corresponda-

Epilepsia: **SI – NO** Convulsiones: **SI – NO**

Meningitis: **SI – NO** Poliomielitis: **SI – NO**

Secuelas: ……

- **SISTEMA RESPIRATORIO**

Bronquitis: **SI** Aguda……. Crónica: …… **NO**

Tuberculosis: **SI** **NO**

Alergias: **SI** especifique …… **NO**

- **SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO**

¿Alteraciones del tono muscular y la función motora?.....

Especifique: ……..

Tratamiento médico: ……Especifique: ……

Escoliosis: **SI – NO** Traumatismos recientes: **SI – NO** Fracturas: **SI - NO**

Zona afectada: ……

Esguinces: **SI – NO** ¿Le colocaron yeso o férula? **SI – NO** ¿Durante cuánto tiempo? ……

¿Utiliza prótesis? **SI – NO** Especifique……

- **SISTEMA URINARIO**

Incontinencia urinaria: **SI – NO** Cálculos urinarios: **SI – NO** Cirugías Urológicas: ……

- **SISTEMA DIGESTIVO**

Gastritis: **SI–NO** Ulceras Estomacales**: SI - NO** Síndrome de colon irritable: **SI – NO**

Colegio Santa Rosa de Lima
CUE 700001000 – San Luis 139 Este – Tel. 2344211809 – San Juan – Argentina

- **GENERALIDAD**

Calendario de vacunas completo …… Vacunas antitetánicas Obligatoria y Completa: **SI – NO** ¿Cuántas Dosis? ……

Visión ¿Se realizó algún control? **SI – NO** ¿Detectaron problemas? **SI – NO**

¿Cuáles?..... ¿Debe usar lentes? **SI – NO**

Audición ¿Realizó controles? **SI – NO** ¿Detectaron problemas? **SI – NO**

¿Cuáles?..... ¿Debe usar audífono? **SI – NO**

Medicación ¿Toma algún medicamento? **SI – NO** ¿Cuál?.....

¿Para qué problema? …….

Lenguaje ¿Alguna vez tuvo problemas? **SI – NO** ¿Asistió a especialista? **SI – NO**

¿A qué edad? …….. ¿Continúa en tratamiento? **SI – NO**

- ¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras hacía ejercicios físicos? **SI – NO**
- ¿Ha tenido traumatismo de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses? **SI – NO** • ¿Tiene dolores articulares? **SI – NO**
- ¿Fue operado en los últimos 4 meses? **SI – NO** ¿De qué? ……..
- ¿Sufre hormigueos en las manos o en los pies? **SI – NO** ¿En qué momentos? ……
- Enfermedades de Trastorno alimenticio: **SI – NO**
- Otras enfermedades ……
- Tratamiento Médico: ……

- **El pasado ciclo lectivo estuvo en tratamiento**

Psicopedagógico **SI** ¿Continúa? …… **NO**

Psicológico **SI** ¿Continúa? …….. **NO** Fonoaudiológico

SI ¿Continúa? …….. **NO**

- **SISTEMA CIRCULATORIO**

Arritmia Cardíaca: **SI – NO** Hipertensión arterial: **SI – NO** Máxima…… Mínima: ……..

- **CONTROL HEMATOLÓGICO**

Mal de Chagas: **SI – NO** Anemias: **SI – NO** Leucemia: **SI – NO**

Los abajo firmantes declaran haber completado en forma verás, los datos consignados en la presente ficha, liberando expresamente a docentes y directivos del Colegio Santa Rosa de Lima, de toda responsabilidad por cualquier perjuicio derivado de la asistencia o práctica médica que tome como referencia los datos aquí manifestados. –

…… ……

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL -médico pediatra-

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

ACLARACIÓN ……

D.N.I……

ADJUNTAR CERTIFICADO DE APTO PARA ACTIVIDAD FÍSICA FIRMADO POR PROFESIONAL