



FICHA MÉDICA DE ALUMNOS CICLO LECTIVO 2026

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** Poliomiелitis: **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** Úlceras Estomacales: **SI - NO** Síndrome de colon irritable: **SI – NO**



✦ 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