



FICHA MÉDICA

Apellidos y Nombres:.....

Año que cursa:.....

D.N.I.: Fecha de Nacim.: / /

Domicilio:.....

Teléfono:..... Teléfono para EMERGENCIAS:.....

Nombre de la Obra Social o Prepaga:Nº de Credencial:

Servicio de URGENCIAS y teléfono:

Grupo Sanguíneo

--	--

Es alérgico

SI	NO
----	----

Especificar qué tipo de alergia:

.....

¿Es alérgico a alguna medicación?..... ¿Cuál?.....

¿Tiene alguna dificultad que le condicione la actividad física y/o intelectual? (Cardíacas, neurológicas, traumatológicas, en vías respiratorias, etc.)

Especifique.....

.....

.....

¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica? ...Especifique.....

.....

Está medicado en forma permanente

SI	NO
----	----

Especificar el/los medicamentos y períodos de toma:

-
-

Detalle lo que a su criterio crea conveniente que las autoridades sepan de su salud (adjuntar si Ud. lo considera necesario certificado médico)

.....

.....

.....

.....

Los abajo firmantes declaran haber completado en forma veraz los datos consignados en la presente, liberando expresamente al Colegio de toda responsabilidad por cualquier perjuicio derivado de la asistencia o práctica médica que tome como referencia los datos aquí manifestados, ya que los mismos se consideran como declaración jurada.

.....
Firma del Padre/Madre o Tutor

.....
Firma y Sello del Profesional Médico

Aclaración:

D.N.I. Nº:

Fecha.....

Autorizo a mi hijo/a.....D.N.I. Nº.....

a que se le realice los primeros auxilios correspondientes en caso de accidente y/o emergencias y de ser trasladado/a a la institución sanitaria más conveniente si fuera necesario por el personal de emergencias calificado.

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

Aclaración:

D.N.I. Nº:

Fecha:.....