



# UZZI COLLEGE- FICHA MÉDICA DEL ALUMNO – 20.....

(Debe ser completada por padre o tutor)

## DATOS PERSONALES:

APELLIDO Y NOMBRE:.....GRADO/CURSO:.....  
 FECHA DE NACIMIENTO:.....EDAD:.....DNI:.....  
 DOMICILIO: .....TELÉFONO:.....  
 GRUPO SANGUÍNEO:.....FACTOR:.....

### 1-ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES:

MARQUE CON UNA X	SI	NO
Asma		
Convulsiones		
Diabetes		
Enfermedades del corazón		
Enfermedades de riñón		
Fiebre prolongada		
Fracturas		
Hemorragia nasal		
Hepatitis		
Hipertensión		
Mareos frecuentes		
Paperas		
Pérdida de conocimiento		
Problemas de audición		
Problemas de visión		
Reumatismo		
Sarampión		
Sinusitis		
Traumatismo de cráneo		
Varicela		
¿Fue operado de apéndice?		
Otras Enfermedades.....		
¿Tuvo otras operaciones?.....		

2- VACUNACIÓN: ESQUEMA COMPLETO SI NO

3- ALERGIAS: SI NO

¿A qué? .....

### 4- TRATAMIENTOS MÉDICOS PERMANENTES

SI NO

5- DETALLE INFORMACIÓN SOBRE SU HIJO/A QUE CONSIDERE IMPORTANTE A TENER EN CUENTA PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE (DÉFICIT ATENCIONAL, HIPERACTIVIDAD, TRASTORNOS DE DESARROLLO, OTRAS)

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Declaro que las respuestas que anteceden acerca de la salud de mi hijo/a se ajustan a la verdad y no he omitido información alguna.

Salta, .../.../..... Firma Padre o Tutor ..... Aclaración..... DNI.....

## CERTIFICADO DE SALUD ESCOLAR

(Debe ser completado por profesional competente)

Certifico que..... DNI Nº ..... de.....años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas natación y las propias de **Educación Física** escolar curricular, que debe corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

- Presenta Signos o síntomas de enfermedad Infecto-Contagiosa. SI NO
- Micosis SI NO
- Peso..... Talla..... T/A.....
- Observaciones.....

Firma y sello del Pediatra

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

### Salud Bucal:

Presenta caries SI NO  
 En tratamiento SI NO  
 Buena Salud Bucal SI NO  
 Observaciones: .....

### Control Oftalmológico:

Buena visión SI NO  
 Usa anteojos SI NO  
 Observaciones: .....

Firma y Sello del Odontólogo:

Fecha ...../...../.....

Firma y sello del oftalmólogo:

Fecha...../...../.....