



Instituto San Pedro (A-417)

C.U.I.T.: 30-53558600-0

Instituto Privado Incorporado a la Enseñanza Oficial

Inicial - Primaria - Secundaria:

Bachiller - Nocturno para Adultos

Bermudez 2052 - C1417BWD

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel./Fax: 4566-0343 / 4639-1165

inst_sanpedro@fibertel.com.ar

www.institutosanpedro.edu.ar

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO 2024

Fecha límite de entrega: 31/3/2024

NOMBRE Y APELLIDO:..... D.N.I.:
EDAD:..... FECHA NACIMIENTO:/...../..... CURSO/DIV.:/..... GRUPO SANGUÍNEO: PESO:..... ESTATURA:.....
DOMICILIO:..... PISO: DEPTO.:..... CÓD. POSTAL:.....
TELÉFONO PARA EMERGENCIAS:..... OTRO(S):
OBRA SOCIAL / PREPAGA: NRO. AFILIADO:|.....

A CONTINUACIÓN MARQUE LOS CASILLEROS QUE CORRESPONDAN:

A - INDIQUE SI SE ENCUENTRA PADECIENDO:

- 01 - PROCESOS INFLAMATORIOS
02 - PROCESOS INFECCIOSOS
B - ¿PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?
03 - METABÓLICAS: DIABETES
04 - CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS
05 - SOPLOS CARDÍACOS (ESPECIFIQUE DE QUÉ TIPO)
06 - HERNIAS INGUINALES, CRURALES
07 - ALERGIAS (ESPECIFIQUE A QUÉ)
08 - BRONQUITIS OBSTRUCTIVAS O ASMA POST EJERCICIO
09 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL

C - ¿HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE?:

- 10 - HEPATITIS (60 DÍAS)
11 - PARODITIS (30 DÍAS)
12 - MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (30 DÍAS)
13 - ALTERACIONES ARTICULACIONES O COLUMNA VERTEBRAL (60 DÍAS) ESPECIFIQUE
14 - ¿ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? (60 DÍAS) ESPECIFIQUE DE QUÉ TIPO
15 - ¿ALGUNA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO? ESPECIFIQUE
16 - ¿ESTÁ EN TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN PERMANENTE? ESPECIFIQUE Y ADIUNTE CERTIFICADOS E INDICACIONES
17 - ¿ESTÁ APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA?
18 - ¿ESTÁ APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS EN CAMPAMENTOS Y CONVIVENCIA?
19 - ¿TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS?
20 - ALTERACIONES EMOCIONALES
21 - OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR DETALLAR

ESPECIFICACIONES: INDICANDO EL NÚMERO DE ITEM AL QUE HACE REFERENCIA

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

FECHA: FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:

EN CUMPLIMIENTO DE LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE, ME NOTIFICO QUE TODA DERIVACIÓN DISPUESTA POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEBE HACERSE A UN HOSPITAL PÚBLICO. POR TANTO, DE SER NECESARIO Y CONTANDO EL COLEGIO CON EL SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS:

AUTORIZO AL MISMO A DERIVAR A UN HOSPITAL PÚBLICO (TACHARLO QUE NO CORRESPONDA):

SI (EL PADRE / MADRE / TUTOR ACOMPAÑA AL ALUMNO EN EL VEHÍCULO DESDE EL COLEGIO. SI NO PUEDEN SER LOCALIZADOS Y EN EL CASO QUE REQUIERA ATENCIÓN HOSPITALARIA INMEDIATA, UN DIRECTIVO O LA PERSONA QUE ESTE DESIGNE ACOMPAÑARÁ AL NIÑO).

NO EN ESTE CASO, ME COMPROMETO A RETIRARLO DEL COLEGIO PARA SU ATENCIÓN BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

ATENCIÓN: SI EL ALUMNO DEBE TOMAR UNA MEDICACIÓN EN HORARIO ESCOLAR, EL COLEGIO NO PUEDE DÁRSELA SIN TENER LA RECETA ORIGINAL DEL MÉDICO (NO FOTOCOPIA) INDICANDO EL NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE, EL MEDICAMENTO, LA DOSIS Y EL HORARIO EN QUE DEBE SER ADMINISTRADO. LA RECETA DEBE TENER SELLO ACLARATORIO DE FIRMA Y MATRÍCULA DEL FACULTATIVO.

DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DEL MÉDICO, AUTORIZO A MI HIJO/A A PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACIÓN FÍSICA, DÁNDOME POR NOTIFICADO Y PRESTANDO CONFORMIDAD A TODO LO MENCIONADO EN ESTA CIRCULAR. NOTIFICARÉ A LA BREVEDAD EN CASO DE CAMBIAR EN EL CURSO DEL AÑO LO REFERIDO A LA SALUD DEL ALUMNO.

FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR: ACLARACIÓN:

BUENOS AIRES, DE DE

PARA USO INTERNO DEL INSTITUTO

FIRMA PROFESOR EDUCACIÓN FÍSICA: FIRMA DIRECTIVO: