

**Instituto Ambrosio A. Tognoni**  
**Ficha Médica - 2024**



<b>Apellido y Nombre:</b>			
<b>D.N.I :</b>		<b>Fecha de Nac.:</b>	
<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Grado/ Sala al que ingresa:</b>	<b>Turno:</b>
<b>Domicilio:</b>		<b>Teléfono:</b>	

<b>Obra social:</b>	<b>Nº de socio:</b>
<b>Ante una emergencia llamar a :</b>	

\_\_\_ Para ser completado por el pediatra \_\_\_

<b>Grupo Sanguíneo:</b>	<b>Factor:</b>	<b>Altura:</b>	<b>Peso:</b>
-------------------------	----------------	----------------	--------------

\* Enfermedades que padece o padeció (Marcar):

Sarampión		Meningitis		Cardiopatías	
Varicela		Epilepsia		Asma	
Paperas		Reumatismo		Problemas neurológicos	
Escarlatina		Hernias		Celiaquismo	
Hepatitis		Tos convulsiva		Diabetes	

\*Traumatismo/fracturas: \_\_\_\_\_

\*Operaciones: \_\_\_\_\_

\*Alergias: \_\_\_\_\_

\* Vacunas. Esquema completo: NO  SI

-¿Se aplicó la vacuna contra el Covid19? SI  NO  ¿Cuántas dosis?: \_\_\_\_\_

**Adjuntar las fotocopias de los certificados (a menos que ya consten en el legajo).**

**Cada vez que reciban una nueva vacuna, ya sea por plan o campaña, se debe enviar el certificado.**

\* ¿Actualmente le administra algún medicamento por prescripción médica? NO  SI

¿cuál? \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_

\*¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que usted considere que el Colegio deba estar enterado?

NO  SI  ¿cuál? \_\_\_\_\_

El alumno se encuentra en buen estado de salud y está en condiciones de realizar actividad física escolar: SI  NO

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional