

Instituto Ambrosio A. Tognoni

Ficha Médica 1° grado - 2025



Apellido y Nombre:				
D.N.I.:		Fecha de Nac.:		
Edad:	Sexo:	Sala	Grado	Turno
Domicilio:		Teléfono:		

Obra social:	N° de socio:
Ante una emergencia llamar a :	

____ Para ser completado por el pediatra ____

Grupo Sanguíneo:	Factor:	Altura:	Peso:
------------------	---------	---------	-------

* 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: SI NO

-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

Instituto Ambrosio A. Tognoni

Ficha Médica 1° grado - 2025



Apellido y nombre: _____

_____*Para ser completado por el médico oftalmólogo*_____

Visión lado izquierdo:		Visión lado derecho:	
Agudeza Visual:	Normal <input type="checkbox"/>	Deficiente <input type="checkbox"/>	Usa lentes con graduación <input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

Firma y sello del profesional

_____*Para ser completado por el médico otorrinolaringólogo*_____

Agudeza Auditiva	Normal <input type="checkbox"/>	Deficiente <input type="checkbox"/>	Usa aparato auditivo <input type="checkbox"/>
Necesita tratamiento fonoaudiológico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

En caso de ser afirmativo indicar derivación: _____

Firma y sello del profesional

_____*Para ser completado por el médico odontólogo*_____

Caries	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Estado de salud bucodental del paciente	Bueno <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Malo <input type="checkbox"/>	

Observaciones: _____

Firma y sello del profesional

NOTAS:

- Les recordamos que, de acuerdo a las normas vigentes, el colegio no podrá administrar medicación a los alumnos. En caso de ser necesario que el alumno tome algún medicamento durante el horario escolar, y no pudiendo asistir personalmente a suministrárselo, les rogamos se organicen con alguna persona adulta que pueda actuar por ustedes.
- En caso de emergencia, el Colegio cuenta con el servicio de ambulancia de Acudir para asistencia médica. En caso de necesitarse, se llamará al servicio y el médico concurrirá al Instituto a atender al paciente. Se contactará también a los padres del alumno.
- **Corroboramos los datos arriba asentados como verídicos y confiables para considerarlos y ser tomados en cuenta en situaciones de emergencia referente a la salud del(a) niño(a).**

Nombre: _____ Parentesco: _____ Firma: _____