

Instituto Ambrosio A. Tognoni

Ficha Médica - 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: 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