

# Instituto Ambrosio A. Tognoni

## Ficha Médica - 2025 Grupos y Post-Primario



Apellido y Nombre:		
D.N.I :		Fecha de Nac.:
Edad:	Sexo:	Grupo:
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 \_\_\_\_\_

\*¿Tiene problemas de tiroides? \_\_\_\_\_

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

NO  SI  ¿cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Para ser completado por el cardiólogo \_\_\_\_

\* ¿Tiene algún problema cardiológico? SI  NO

Tratamiento o cuidados a seguir: \_\_\_\_\_

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