

# Instituto Ambrosio A. Tognoni

## Ficha Médica 1º grado - 2026



Apellido y Nombre:

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

Obra social:

Nº 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 1º grado - 2026



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: \_\_\_\_\_