

Instituto Ambrosio A. Tognoni

Ficha Médica - 2026



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