

Instituto Ambrosio A. Tognoni

Ficha Médica - 2026

Grupos y Post-Primario



Apellido y Nombre:

D.N.I :		Fecha de Nac.:
Edad:	Sexo:	Grupo:
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 _____

* ¿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