

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:	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 cardíológico? 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