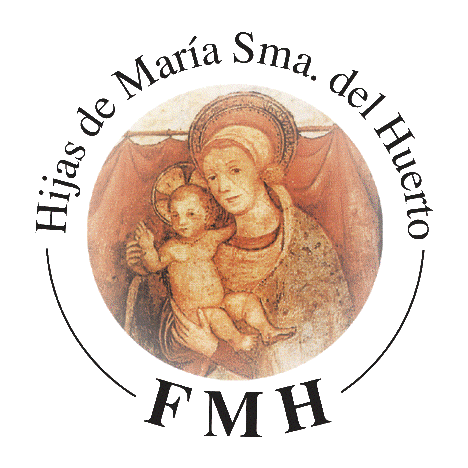
 **FICHA MÉDICA **

La presenta ficha médica será tenida en cuenta para la atención del estudiante, por lo cual rogamos que la información consignada sealos mas completa, precisa y veraz posible, para que los profesionales que asistan en caso de ser necesario, puedan brindar un mejor servicio de asistencia. Rogamos completar con letra de imprenta legible. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

**DELEGACIÓN:** …............................................. **RESPONSABLE: …………………………………………..**

**DATOS PERSONALES:**

Nombre y apellido:........................................................................................................................... DNI Nº:....................................................... Grupo sanguíneo:……………………………………..

Fecha de nacimiento:.............................................. Sexo (femenino/masculino):...........................

Domicilio:........................................................................... Localidad:...............................................................Provincia:.............................................................Teléfono:................................................................

**EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:**

Nombre y apellido del Padre:............................................................................................................................ Teléfono de línea:..................................................... Teléfono celular:............................................................. Nombre y apellido de la Madre:........................................................................................................................ Teléfono de línea:..................................................... Teléfono celular:............................................................. Nombre y apellido del Tutor:............................................................................................................................. Teléfono de línea:..................................................... Teléfono celular:.............................................................

**COBERTURA MÉDICA PARTICULAR**

Obra Social o Prepaga:...................................................................................................................... Nº de afiliado o socio:............................................................. Teléfono urgencias:..........................

Si posee médico de cabecera complete los datos a continuación: Nombre y apellido del médico de cabecera:....................................................................................................................................

Teléfono de contacto:.......................................................................................................................

**ANTECEDENTES MÉDICOS** (tache lo que NO corresponda)

**Enfermedades de la niñez:**

Varicela [SI- NO]

Sarampión [SI- NO]

Rubeola [SI - NO]

¿Otras? [SI - NO] ¿Cuáles?:.............................................................................................................

**Vacunas** [SI - NO] ¿Cuál/es? ……………………………………………………………………….….......................................................

**Vacuna antitetánica** [SI - NO] Fecha de última dosis:.......................................................................

**Otras enfermedades que haya padecido o padezca actualmente:**

CARDIOPATIAS RESPIRATORIAS [SI-NO] ¿Cual/es?:.................................................................

METABOLICAS [SI -NO] ¿Cual/es?:................................................................................................

NEUROLOGICAS [SI- NO] ¿Cual/es?:............................................................................................

DIGESTIVAS [SI- NO] ¿Cual/es?:....................................................................................................

HEPATOPATIAS [SI- NO] ¿Cual/es?:..............................................................................................

PSICOLOGICAS [SI-NO] ¿Cual/es?:...............................................................................................

TRAUMATOLOGICAS [SI- NO] ¿Cual/es?:......................................................................................

PROCESOS INFLAMATORIOS [SI - NO] ¿Cual/es?:.......................................................................

FRACTURAS O ESGUINCES [SI - NO] ¿Cual/es?:..........................................................................

INFECTO-CONTAGIOSAS [SI - NO] ¿Cual/es?:...............................................................................

TIENE O HA TENIDO PROMBLEMAS OSTEO-ARTICULARES [SI - NO] ¿Cual/es?:...............................................................................

**¿FUE SOMETIDO A ALGUNA PRÁCTICA QUIRURGICA?** [SI - NO] ¿Cual/es?:..........................................................................................................................................

**¿Posee alguna enfermedad crónica? [SI - NO]**

¿Es alérgico? [SI - NO] ¿A qué cosa es alérgico? ….........................................................................................................................................................

¿Es diabético? [SI - NO] Especifique…......................................................................................................................................

.¿Es asmático? [SI - NO] Especifique…......................................................................................................................................

¿Tiene algún trastorno de sangre? [SI - NO] ¿Cuál/es? ….........................................................................................................................................................

**En los últimos 30 días ha sufrido: (marcar con una cruz)**

1) Procesos inflamatorios (….)

2) Fracturas o esguinces (….)

3) Enfermedades infecto-contagiosas (….)

4) Otras:………………………………………

**MEDICAMENTOS**

¿Está actualmente en tratamiento con algún medicamento? [SI - NO] En caso afirmativo complete la siguiente información: ¿Por qué enfermedad lo toma?...................................................... ¿Qué medicamento debe suministrarse? Complete con el nombre del medicamento, dosis y horario:

Medicamento................................................................................................................................... Dosis:............................................................... Horario:.....................................................

Medicamento................................................................................................................................... Dosis:............................................................... Horario:.....................................................

Medicamento................................................................................................................................... Dosis:............................................................... Horario:.....................................................

Recuerde calcular la cantidad de medicamento que debe llevar en el viaje, según la cantidad de días de viaje y las dosis. Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdeselo al Docente a cargo del grupo antes de viajar.

¿Toma medicamentos en otras situaciones (fiebre, dolores, etc.)? [SI - NO]

En caso afirmativo ¿cual/es? ….........................................................................…............................. ¿Hay algún medicamento que NO debe tomar? [SI - NO]

En caso afirmativo ¿cual/es? ….........................................................................….............................

**ALIMENTACIÓN**

¿Tiene alguna restricción sobre alimentos que puede ingerir? [SI - NO] En caso afirmativo ¿Cuál/es? …................................................................................................................................................….....…..................................................................................................…...................................................Cualquier otra información que considere importante o necesaria para conocimiento de los profesionales ….....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

¿Puede hacer caminatas? [SI - NO] Especifique…………………………………………................................................................................

¿En caso de accidentes autorizo ………………………………………………………………………………………………………………….

Indicación que estimo necesario y que debe conocer el personal médico …….……………………….…...............................................................................................................………..….……………………………………………………………………………………………………

**DEJO ACLARADO QUE TODOS LOS DATOS QUE AQUÍ FIGURAN SON REALES, POR LO QUE ASUMO CON TODA RESPONSABILIDAD HABER PROPORCIONADO LOS MISMOS.**

**……………………………………. ………………………………………………**

**Firma Médico Sello y Matrícula**

**AUTORIZANDO POR LA PRESENTE (EN CASO DE EMERGENCIA) A ACTUAR SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÉDICOS DEL LUGAR.**

**…………………………………………………………………. ……….……………………………………………….**

**Firma del padre/madre/tutor Aclaración**

Lugar y fecha:....................................................................................................................................