



Instituto Parroquial “NUESTRA SEÑORA DE LA UNIDAD” (A-297)

NUEVA YORK 2467 - Tel.: 4572-8986 - Fax: 4573-5963

“Que todos sean Uno”

FICHA MEDICA DEL ALUMNO

Apellido y Nombre:.....

Domicilio:.....

Teléfono:.....

Obra Social o Sistema Prepago al que pertenece:.....

Número de Afiliado:.....

ANTECEDENTES MEDICOS:

Operaciones:.....

.....

Alergias:.....

.....

Enfermedades padecidas:.....

.....

Enfermedades crónicas:.....

.....

Grupo sanguíneo:.....

Tratamiento médico actual:.....

.....

¿Toma algún medicamento?: Sí No ¿Cual?.....

Médico de cabecera:.....

En caso de emergencia avisar a:..... Tel.:

Los datos anteriormente consignados tienen carácter de Declaración Jurada

En caso de accidentes el Instituto actúa de la siguiente manera:

1- Llama al Servicio Médico de Emergencias que tiene contratado, a los efectos de diagnóstico de urgencia y posible traslado, o atención en el lugar.

2- Llama al Padre y/o Madre, a los efectos de informar y recibir instrucciones de estos. En caso de no poder comunicarse, se lo atiende en el lugar o se traslada al alumno al hospital más cercano, con la intervención del servicio de emergencias.

3- El alumno será trasladado a otro centro de atención, sin que medie comunicación con los padres, si estos los dejan expresamente solicitado, en esta ficha médica.....

APTO MEDICO DEL ALUMNO

1- Doy Fe que los datos proporcionados en la ficha médica, son auténticos.

2- Dejo constancia escrita que el alumno/a..... de años de edad,

☐ está / ☐ no está en condiciones físicas de realizar actividades deportivas.

3- Observaciones:



Firma, Aclaración y D.N.I. del Padre/Madre/Tutor o Encargado

Firma, Aclaración y N° de Matrícula del Médico