



ESBA - LUGANO

Incorporado a la Enseñanza Oficial A - 1141



FICHA MÉDICA 2024

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres del alumno:

Año: Curso: Tel. Fijo: Tel. Cel. :

Grupo Sanguíneo:..... Factor RH:..... Peso: Altura:.....

Cobertura Médica: Afiliado:.....

Nombre del Médico pediatra:..... Tel:.....

Centro de derivación sugerido en caso de emergencia médica:

Dirección:..... Tel:

En caso de emergencia médica comunicarse con:

1° VÍNCULO: TEL:

2° VÍNCULO: TEL:

ANTECEDENTES DE SALUD

A continuación, consignar si el alumno/a, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, especificar y fechar.

a- Anomalías congénitas **SI NO**

b- Alteraciones neurológicas **SI NO**

c- Alteraciones emocionales **SI NO**

d- Alteraciones en el aparato cardiovascular

Cardiopatías congénitas o infecciosas	SI	NO
Arritmias o soplos	SI	NO
Circulatoria	SI	NO
Hipertensión arterial	SI	NO
Hipercolesterolemia	SI	NO
Hemofílica	SI	NO

e- Alteraciones en el aparato respiratorio

Anomalías respiratorias	SI	NO
Sinusitis	SI	NO
Anginas	SI	NO
Asma bronquial	SI	NO

f- Alteraciones en la estructura abdominal

Hernias	SI	NO
Cirugías	SI	NO
Úlcera gastroduodenal	SI	NO

g- Alteraciones en la nutrición

Hernias	SI	NO
Cirugías	SI	NO
Úlcera gastroduodenal	SI	NO

h.- Ha padecido o padece en la actualidad

Convulsiones	SI	NO
Diabetes	SI	NO
Hepatitis	SI	NO
Sarampión	SI	NO
Parotiditis	SI	NO
Mononucleosis	SI	NO
Dengue	SI	NO
Chagas	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Vértigos/mareos	SI	NO
Alteraciones en la piel	SI	NO



ESBA - LUGANO

Incorporado a la Enseñanza Oficial A - 1141



j. Alteraciones en la estructura muscular y osteoarticular

Fracturas	SI	NO
Esguinces	SI	NO
Luxaciones	SI	NO
Lesiones ligamentosas	SI	NO
Lesiones musculares o tendinosas	SI	NO

k. Alergias

Especificar y fechar:

l. Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez

Cefalea	SI	NO
Mareos	SI	NO
Vómitos	SI	NO
Dolor en el pecho	SI	NO
Dificultad para respirar	SI	NO
Pérdida de conciencia	SI	NO
Alteraciones en la piel	SI	NO

m. ¿Fue intervenido quirúrgicamente? **SI** **NO**

Especificar y fechar:

n. Toma alguna medicación en forma regular? (Especificar motivo, fecha de inicio de tratamiento, dosis, administración.)

.....

n.- Alguna otra situación determinada por el médico

Especificar:

Observaciones:

Los que suscriben, toman conocimiento y autorizan a su hijo/a a realizar actividad física de acuerdo con su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto en el caso de que nuestro/a hijo/a presentare alguna enfermedad durante el actual ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados anteriormente.

Por la presente, dejamos constancia que todos los datos que se proporcionaron en esta ficha son verídicos.

Autorizamos a que, ante un caso de emergencia, nuestro/a hijo/a sea trasladado a un centro asistencial público o bien, al centro que en ese momento posea disponibilidad y capacidad para la atención necesaria.

Firma y aclaración de la madre / padre / tutor legal

Firma y aclaración de la madre / padre / tutor legal

Esta ficha médica debe ser acompañada por un certificado médico de aptitud



ESBA - LUGANO

Incorporado a la Enseñanza Oficial A - 1141



CERTIFICADO DE APTO FÍSICO

CABA,/...../.....

Certifico que..... DNI N°: de años de edad, ha sido examinado/a clínicamente en el día de la fecha, y se encuentra en condiciones de concurrir a clases; de participar de actividades escolares, incluidas las propias de la educación física escolar curricular, que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo; y de concurrir a viajes de estudios escolares.

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....

Firma y sello médico

Firma y aclaración de la madre / padre / tutor legal
DNI N°

Firma y aclaración de la madre / padre / tutor legal
DNI N°

CERTIFICADO DE APTITUD CARDIOLÓGICA

CABA,/...../.....

Certifico que..... DNI N°: de años de edad, ha sido examinado/a cardiológicamente en el día de la fecha y, de acuerdo a los estudios realizados, se encuentra en condiciones de participar de actividades físicas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo, y de concurrir a viajes de estudios escolares.

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....

Firma y sello médico

Firma y aclaración de la madre / padre / tutor legal
DNI N°

Firma y aclaración de la madre / padre / tutor legal
DNI N°



ESBA - LUGANO

Incorporado a la Enseñanza Oficial A - 1141



FICHA DE TRASLADO

Por medio de la presente y en mi carácter de padre/ madre/ responsable de mi hijo/a
..... DNI que cursa en sala/grado/curso
en este Instituto Educativo en caso de que padeciera un incidente o problema de salud que no pueda ser resuelto por la
emergencia o asistencia médica y atención que se realiza en la misma escuela, para una mejor y adecuada atención
AUTORIZO el traslado de mi hijo/a a la Guardia Médica del Hospital Público (nacional o municipal o de la Ciudad
Autónoma de Buenos Aires) más cercano. Asimismo, solicito que ese Instituto me comunique dicha situación a
cualesquiera de los siguientes teléfonos:

- a).....
- b).....
- c).....

FIRMA:

ACLARACIÓN:

NRO. DE DNI: