



# FICHA DE SALUD

Lugar y Fecha: .....

Apellido y Nombre del Padre, Madre, Tutor o Encargado: .....

.....

Dirección: ..... N°: ..... C.P.: .....

Localidad: ..... Teléfono: .....

Apellido y Nombre del Niño: .....

Edad: ..... Grupo sanguíneo: ..... Sexo: .....

1.- Es alérgico?: [ SI ] [ NO ] a qué?: .....

2.- Ha sufrido en los últimos 30 días (marque con una x los que corresponde)

a) Procesos inflamatorios: ( )

b) Fracturas o esguinces: ( )

c) Enfermedades infectocontagiosas: ( )

d) Otras: .....

3.- Es portador de alguna enfermedad? Indique cual: .....

4.- Está tomando alguna medicación? [ SI ] [ NO ]

En caso de respuesta positiva indique: cual, en que horario y dosis que toma: .....

.....

5.-Se aplico todas las vacunas obligatorias? [ SI ] [ NO ]

6.- Tuvo COVID 19: [ SI ] [ NO ]

7.- Esta vacunado para COVID 19: [ SI ] [ NO ]

8.- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docentes a cargo: .....

9.- Tiene obra social? [ SI ] [ NO ] Cual: .....

N° de socio: ..... Tel.: .....

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional medico

**Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha de salud de mi hijo/a a los ..... días del mes de ..... de 20...., autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_