

**NIVEL PRIMARIO - FICHA MÉDICA 2025**

Completar todos los datos con letra imprenta mayúscula y en caso de modificaciones durante el ciclo escolar solicitar por cuaderno de comunicaciones una copia para su actualización o bajarla desde la página web : [https://institutodelcarmen.edu.ar/nivel\\_primario.html](https://institutodelcarmen.edu.ar/nivel_primario.html) o de la plataforma Quinttos : <https://institutodelcarmen.quinttos.com>

Apellido y nombre del estudiante: ..... Grado:.....

Edad:..... Fecha de nacimiento: ...../...../..... DNI: .....

Domicilio: ..... Teléfono:.....

Obra Social y/o medicina prepaga, nombre: .....

Socio N°..... Tel. de emergencias médicas: .....

Nombre de la madre: ..... Tel. móvil.....

Nombre del padre/tutor responsable ..... Tel. celular.....

**Teléfonos alternativos para llamar en caso de emergencia:**

Nombre y apellido	Vínculo	Tel. celular

**ANTECEDENTES DE SALUD (a ser completado por el médico)**

A) Grupo sanguíneo: .....

B) Padece o ha padecido algunas de estas siguientes enfermedades (marcar con una cruz la respuesta afirmativa)

Sarampión	Escarlatina	Diabetes	Asma	Otras:
Hepatitis	Mononucleosis	Celiaquía	Otitis	
Paroditis	Reumatismo	Epilepsia	Cardiopatías	
Varicela	Meningitis	Problema neurológico	Alergias	

C) ¿Recibió la vacuna antitetánica? ..... Fecha de aplicación: .....

D) Es propensa/o a enfermarse de: .....

E) Medicación que utiliza habitualmente:.....

F) Medicación que no debe tomar bajo ningún concepto: .....

G) Otros datos que considere que debemos tener en cuenta en caso de emergencia:

.....

¿Se encuentra apto/o para realizar Ed. Física y Deportes?  Sí  No

**Firma y sello del médico:** .....

**A TENER EN CUENTA:**

- 1) En cumplimiento de la Reglamentación vigente, me notifico que toda derivación dispuesta por el Servicio de Emergencias debe hacerse a un hospital público.
- 2) Si el alumno debe tomar medicación en horario escolar, **el colegio no puede suministrarla.**
- 3) Los **estudiantes de 1.º grado** y los que ingresan al colegio deben adjuntar a la ficha médica el **apto auditivo y visual.**

Firma del padre/madre/tutor responsable: .....

Aclaración: ..... Parentesco: .....

DNI..... Fecha: .....

Esta Ficha Médica debe ser entregada el **primer día de clases del ciclo lectivo**, de lo contrario el alumno no podrá realizar ningún tipo de actividad deportiva. Aconsejamos realizar una copia y que quede bajo el poder de la familia.