



# FICHA MÉDICA

## COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON

**Agradecemos completar el formulario con letra clara**

AÑO LECTIVO 20..... NIVEL (Inicial / Primario / Secundario) SALA / GRADO / AÑO .....

Apellido(s) y Nombre(s) .....

Particular / Prepara / Obra Social ..... Nro. Afiliado:.....

Tel. Obra Social .....Sangre (Grupo y factor):.....

En caso de urgencia, comunicarse con:.....

Tel. de línea: ..... Celular: .....

Enfermedades / síntomas / dificultades										
Sarampión	SI/NO	Varicela	SI/NO	Paperas	SI/NO	Escarlatina	SI/NO	Diabetes	SI/NO	
Cardiopatías	SI/NO	Celíaco	SI/NO	Hernias	SI/NO	Sinusitis	SI/NO	Hepatitis	SI/NO	
Asma	SI/NO	Epilepsia	SI/NO	Obesidad	SI/NO	Irritabilidad	SI/NO	Jaquecas	SI/NO	
Alteraciones del equilibrio			SI/NO	Ansiedad		SI/NO	Alteraciones visuales			SI/NO
Alteraciones fonoaudiológicas			SI/NO	Pánico		SI/NO	Alteraciones auditivas			SI/NO
Problemas neurológicos			SI/NO	Stress		SI/NO	Tendencia a lipotimia			SI/NO
Dificultades para dormir			SI/NO				Trastornos alimentarios			SI/NO
Problemas de coagulación			SI/NO	Operaciones(detallar)						
Traumatismos			SI/NO	Fracturas(detallar)						
Convulsiones			SI/NO	Alergias(detallar)						
Tratamiento Psicológico			SI/NO	Profesional y Te.						
Tratamiento Psicopedagógico			SI/NO	Profesional y Te.						

Actividades físicas que NO puede realizar: .....

Tratamiento actual: .....

Medicamentos que toma: .....

Observaciones: .....

NOS NOTIFICAMOS QUE EN CASO DE EMERGENCIA, SE NOS AVISARÁ POR TELÉFONO Y AUTORIZAMOS A LOS RESPONSABLES DEL COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON A TRASLADAR A NUESTRO HIJO Y/O TOMAR DECISIONES QUE CONSIDERE NECESARIAS FRENTE A CASOS URGENTES.

*Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Me comprometo a actualizarlos en caso de variar alguno de ellos.*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARENTAL 1 / TUTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARENTAL 2 / TUTOR

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

(A completar por el profesional que atiende al alumno)

**A P T O F Í S I C O**

A las autoridades del Colegio Inglés Horacio Watson certifico que

Se encuentra en condiciones de salud óptimas para realizar actividades físicas y deportivas, habiéndose realizado los estudios correspondientes.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Tel. ....

Buenos Aires, ..... de ..... De 20.....



# FICHA MÉDICA

## COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON

*Agradecemos completar el formulario con letra clara*

### PARA EL PROFESIONAL ODONTÓLOGO

Certifico que ..... presenta estado de

Salud bucal ..... (indicar Bueno, Regular o malo)

Comentarios /Observaciones.....

.....

-----  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

-----  
SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Buenos Aires,.....de.....de 20..

*(Obligatorio solamente para sala de 5 años y primer grado)*

### EXAMEN DE AUDIOMETRÍA

Certifico que ..... presenta estado de

Audición..... (indicar Bueno, Regular o malo)

Comentarios /Observaciones.....

.....

-----  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

-----  
SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Buenos Aires,.....de.....de 20..

*(Obligatorio solamente para sala de 5 años y primer grado)*

### EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Certifico que ..... presenta estado de

Visión ..... (indicar Bueno, Regular o malo)

Comentarios /Observaciones.....

.....

-----  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

-----  
SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Buenos Aires,.....de.....de 20..

*(Para primer grado adjuntar carnet de vacunación actualizado a los 6 años)*