



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 SocialSangre (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)