



# RINCÓN DE DUENDES

ESCUELA INFANTIL N° 87  
"NO INCORPORADA A LA ENSEÑANZA OFICIAL"

BAHIA BLANCA 2658 C.A.B.A. TEL: 4567-5870  
[WWW.JARDINRINCONDEDUENDES.COM](http://WWW.JARDINRINCONDEDUENDES.COM)

## FICHA MÉDICA ANUAL

### DATOS DEL ALUMNO/A

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sala/año: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor: \_\_\_\_\_

Obra Social: \_\_\_\_\_ N° afiliado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLINICA

Enfermedades padecidas o es propenso hasta fecha

(Redondee la respuesta correcta)

SARAMPION	SI - NO	PAPERAS	SI - NO	REUMATISMO	SI - NO
CARDIOPATIAS	SI - NO	DIABETES	SI - NO	OTITIS	SI - NO
TOS CONVULSA	SI - NO	SONAMBULISMO	SI - NO	CELIAQUIA	SI - NO
RENALES	SI - NO	DESMAYOS	SI - NO	EPILEPSIA	SI - NO
VARICELA	SI - NO	SINUSITIS	SI - NO	CEFALEAS	SI - NO
MENINGITIS	SI - NO	CONVULSIONES	SI - NO	BRONQUITIS	SI - NO
ENFERMEDADES PSIQUÁTRICAS	SI - NO	HERNIAS	SI - NO	HEPATITIS	SI - NO
ASMA	SI - NO	ESCARLATINA	SI - NO	MONONUCLEOSIS	SI - NO

Otros:.....

---

## **ANTECEDENTES DE INTERÉS** (Redondear la respuesta correcta)

- Intervenciones quirúrgicas: **Si – No**  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_
- Antecedentes traumatológicos: **Si – No**  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Alergias: **Si – No** ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- Enfermedades cardíacas: **Si – No** ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- Vacunas actualizadas: **Si – No** (adjuntar fotocopia de las mismas)
- ¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente? **Si – No**  
- ¿Por qué enfermedad? \_\_\_\_\_
- Toma medicación **Si – No** ¿Cuáles?, especificación médica \_\_\_\_\_
- ¿Lleva consigo medicación para utilizar en situaciones especiales? **Si - No**  
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol? **Si – No**
- ¿Presenta algún tipo de trastorno alimenticio? **Si – No**  
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún tipo de régimen especial de alimentación? **Si – No** ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_

---

## **APTO FÍSICO**

Certifico haber examinado a.....D.N.I.:..... que se encuentra en condiciones de salud para asistir regularmente a la Institución. Dejando constancia que se encuentra apto para realizar actividad física de esfuerzo adecuada a su edad y sexo, durante las clases y/o actividades de Educación Física programadas en el establecimiento en el horario correspondiente y de los lineamientos curriculares vigentes.

Observaciones:.....  
.....

Para ser presentado ante las autoridades de la Institución Rincon de Duendes.

C.A.B.A, ..... de.....de 20....

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

\_\_\_\_\_  
Sello Aclaratorio y N° de Matricula

---

**La presente ficha médica tiene un año de validez. Los datos consignados en la presente ficha revisten carácter de Declaración jurada y es responsabilidad exclusiva de padres, tutores o personas a cargo del alumno informar por escrito cualquier circunstancia que modifique esta declaración.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Doc

Solicitamos Adjuntar al presente Formulario una foto 4x4 del alumno.