

INSTITUTO SUPERIOR SANTA CATALINA

Código 0408 – Av. Leandro N. Alem N° 3220 – (3300) Posadas, Misiones – Tel. 0376 – 4437801

FICHA MÉDICA – 2023

Fecha presentación: **Inicio de actividades escolares 2023**

ALUMNO/A:

Apellido/s y Nombre/s:

Legajo N°:

D.N.I.:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Domicilio:

Teléfono/s:

Grado/Curso:

Turno:

Grupo sanguíneo

Factor:

Talla (en cm):

Peso:

Obs.:

Evaluación Clínica

Indique con una **X** en la casilla correspondiente, si el/la Alumno/a

a) padece o no:	SÍ	NO	Observaciones
Diabetes			Tipo:
Enfermedad celíaca			
Epilepsia			
Convulsiones			
Desmayos			
Asma			
Alergia			Especificar elementos y/o medicamentos:
Trastorno motriz			Grado:
Trastorno visual			Usa anteojos:
Trastorno auditivo			Usa audífono:
Trastorno postural			Especificar:
Otra/s patología/s			Especificar:
Vacunación contra el Covid 19			Una dosis () Dos dosis () Ninguna ()
b) ha padecido en el lapso indicado:	SÍ	NO	Observaciones
Hepatitis (últimos 60 días)			Tipo:
Sarampión (últimos 30 días)			
Parotiditis (últimos 30 días)			
Mononucleosis infecciosa (últimos 30 días)			
Fractura/s (últimos 60 días)			Especificar ubicación:
Esguince/s, luxaciones (últimos 60 días)			Especificar ubicación:
¿Ha cursado por la enfermedad COVID 19?			
c) recibe medicación			Especificar medicación:
d) ha sido intervenido quirúrgicamente			Especificar intervención/es y fecha/s:

APTITUD FÍSICA PARA EL CICLO LECTIVO 2023:

SÍ

NO

PROFESIONALES INTERVINIENTES:

Clínico

Firma y Sello

TUTOR/A

Apellido y Nombres:

Firma