

# INSTITUTO SUPERIOR SANTA CATALINA

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

## FICHA MÉDICA – 2025

ALUMNO/A:

Apellido/s y Nombre/s:

Legajo N°:

D.N.I.:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Domicilio:

Teléfono/s:

Carrera/Curso:

Turno:

Grupo sanguíneo

Factor:

Talla (en cm):

Peso:

Obs.:

### Evaluación Clínica

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

<b>a) padece o no:</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
Diabetes			Tipo:
Enfermedad celíaca			
Epilepsia			
Convulsiones			
Desmayos			
Asma			
Alergia			Especificar elementos y/o medicamentos:
Enfermedades cardíacas			Especificar:
Hipertensión arterial			
Tuberculosis			
Trastorno motriz			Grado:
Trastorno visual			Usa anteojos:
Trastorno auditivo			Usa audífono:
Trastorno postural			Especificar:
Otra/s patología/s			Especificar:
Vacunación contra el Covid 19			Ninguna( ) Una dosis( ) Dos dosis( ) Más( )
<b>b) ha padecido en el lapso indicado:</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
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?			
<b>c) recibe medicación</b>			Especificar medicación:
<b>d) ha sido intervenido quirúrgicamente</b>			Especificar intervención/es y fecha/s:

