

# INSTITUTO SUPERIOR SANTA CATALINA

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

## FICHA MÉDICA – 2026

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

| a) padece o no:                            | SÍ | NO | Observaciones                               |
|--------------------------------------------|----|----|---------------------------------------------|
| 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) 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:      |
|                                            |    |    |                                             |

**Evaluación - Salud Mental y Bienestar Emocional**

Indique con una **X** en la celda correspondiente.

|                                                                                 | SÍ | NO | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| ¿Tiene diagnóstico de alguna condición relacionada con la salud mental?         |    |    | Especifique:  |
| ¿Está recibiendo actualmente apoyo psicopedagógico, psicológico o psiquiátrico? |    |    | Especifique:  |
| ¿Está tomando algún medicamento relacionado con la salud mental?                |    |    | Especifique:  |

|                                            |    |    |
|--------------------------------------------|----|----|
| APTITUD FÍSICA PARA EL CICLO LECTIVO 2026: | SÍ | NO |
|--------------------------------------------|----|----|

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| PROFESIONALES INTERVINIENTES: | ESTUDIANTE          |
|                               | Apellido y Nombres: |
| -----                         |                     |
| Firma y Sello                 |                     |
| -----                         |                     |
| Firma y Sello                 |                     |
|                               | -----               |
|                               | Firma               |