Instituto Superior Santa Catalina - 0408

Av. Leandro N. Alem N°3220 - Posadas, Misiones - Teléfono: 0376-4437801

FICHA MÉDICA – 2027

ALUMNO/A:

Apellido/s y Nombre/s:	**Legajo Nº:**
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:

Instituto Superior Santa Catalina - 0408

Av. Leandro N. Alem N°3220 - Posadas, Misiones - Teléfono: 0376-4437801

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 **2027**:*	**SÍ**	**NO**

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