



**FICHA MÉDICA - ST. XAVIER'S COLLEGE – Año 20-----**

Apellido y Nombres:.....  
 Año/ Grado:.....  
 DNI:..... T.E.part.....  
 Domicilio:..... Edad:.....  
 Nombre de la madre:..... Email:.....  
 Tel. Laboral:..... Celular.....  
 Nombre del padre: ..... Email:.....  
 Tel. laboral..... Celular: .....  
 Cobertura médica:..... N° de afiliado: .....  
 Tel. de urgencias médicas:.....  
Altura: ..... Peso: .....  
Grupo sanguíneo.....

**ANTECEDENTES:** (Tache lo que no corresponda o complete según sea necesario)

Se encuentra con:

Proceso infeccioso o inflamatorio SI- NO  
 Diabetes SI- NO  
 Cardiopatías Congénitas SI- NO  
 Hernias SI- NO  
 Epilepsia SI- NO

Otras:.....

Ha tenido recientemente:

Alergia SI- NO  
 Hepatitis SI- NO  
 Sarampión SI- NO  
 Mononucleosis SI- NO  
 Fracturas, esguinces, desgarros SI- NO  
 Cirugías SI- NO  
 Asma SI- NO  
 Dificultades de vista u oído SI- NO

Toma remedios en forma permanente SI- NO ¿Cuáles? .....

Informe Clínico: .....

Informe Cardiológico: .....

¿Puede realizar actividades físicas intensas, de acuerdo con su edad? SI- NO

Comentarios .....

Lugar y fecha:.....

.....  
Firma y sello del médico

.....  
Firma del padre, madre, tutor

*Para que la ficha sea válida deberá estar firmada por el profesional y el padre, madre o tutor.*

**IMPORTANTE:**

- Deberán adjuntar a la ficha médica una fotocopia de la credencial de la prepaga u obra social y del DNI
- Los alumnos que no tengan la ficha médica completa para la primera semana de clase no podrán concurrir al campo de deportes, ni realizar ningún tipo de actividad física en el colegio.

Fecha de entrega de la ficha: .....