

FICHA MEDICA DEL ALUMNO 2026
NIVEL PRIMARIO-INCIAL

GRADO/SALA :
TURNO:

1. Datos personales

Apellido y Nombre:.....
Dirección:.....Localidad:.....
DNI:.....Código Postal.....
Fecha de nacimiento:...../...../.....D.N.I:..... Grupo sanguíneo.....
Cobertura Asistencial:.....Carnet nº:.....
Personas a llamar en caso de urgencia.....Te:.....
.....Te:.....
.....Te:.....

2. Antecedentes personales (Tildar únicamente las opciones seleccionadas afirmativamente)

Enfermedades padecidas:

Sarampión ()	Rubéola ()	Hepatitis ()
Difteria ()	Varicela ()	Mononucleosis ()
Paperas ()	Tos Convulsa ()	Celiásis ()
Varicela ()	Escarlatina ()	Epilepsia ()
Otras:.....		

Enfermedades que padece:

Diabetes ()	Cardiopatías ()	()
Bronquitis ()	Desmayos ()	Afecciones en los ojos
Asma ()	Hernias ()	()
Enuresis ()	Otitis reiteradas ()	Afecciones motoras ()
Resfríos ()	Afecciones de la nariz	
Otras:.....		

Temores de

Oscuridad ()	Encierro ()	Altura ()
Otras:.....		

Vacunas o sueros recibidos:

BCG ()	Antipolio ()	Meningitis ()
Antitetánica ()	Antiofídica ()	

Alergias:

Picaduras () Medicamentos () ¿Cuál?..... Antibióticos () Comidas () ¿Cuál?.....

Accidentes o intoxicaciones:.....
¿Está tomando alguna medicación permanente?:.....
¿Sigue algún
tratamiento?..... ¿Ha sido
hospitalizado alguna vez? Motivo.....
.....
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez? Motivo.....
.....

PARA COMPLETAR POR EL MEDICO DE CABECERA

Avalo los datos de salud volcados en la presente ficha.
Considero que el
alumno/a..... Está en
condiciones para desarrollar actividades físicas acordes a su edad*.
*De no estar apto, acompañar con certificado que señale el motivo y el tiempo aproximado de abstención.

FECHA:
..... Firma y sello del médico

PARA LAS FAMILIAS

En caso de que el niño necesitara ingerir remedios durante el horario escolar, dichos remedios serán dados por los señores padres. El personal docente no está autorizado a hacerlo.
El instituto en caso de urgencia, antes de tomar cualquier resolución, se comunicará telefónicamente con la familia. Autorizo al Instituto Nuestra Señora de Lourdes a tomar las medidas necesarias para salvaguardar la salud de mi hijo/a y a trasladarlo a Hospital público de ser necesario.

.....
Firma del padre o madre o responsable

.....
Aclaración

.....
Tipo y número de documento