



# FICHA DE SALUD AÑO 2018

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD.  
FECHA DE ENTREGA ANTES DEL VIERNES 12/03/2018. MUCHAS GRACIAS!

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A:	
EDAD:	
GRADO	

PARA LA ATENCIÓN DEL ALUMNO/A EN CASO DE EMERGENCIA U OTRA NECESIDAD.

	¿RECIBIÓ TRATAMIENTO?	
	SI	NO
DIABETES		
BRONQUITIS OBSTRUCTIVA		
CRISIS ASMÁTICA		
SINDROME CONVULSIVO		
EPILEPSIA		
CARDIOPATÍA CONGENITA		
SOPLO		
FIEBRE REUMÁTICA		
CIRUGIAS		
HERNIAS		
QUEMADURAS		
INTOXICACIONES		
ALERGIAS		
TRAUMATISMO DE CRANEO		
FRACTURAS		
RUBEOLA		
MONONUCLEOSIS		
VARICELA		
SARAMPIÓN		
OTROS		

¿EL ALUMNO/A USA REGULARMENTE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN ?      ¿CUÁL?: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

¿POSEE EL ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN AL MOMENTO DE LA CONSULTA?: \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE EL ALUMNO/A \_\_\_\_\_

ESTÁ APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA ESCOLAR, RECREATIVA Y/O DEPORTIVA

ACORDE A SU EDAD Y SEXO.

\_\_\_\_\_  
SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA

NOTA: CUALQUIER CAMBIO POR FAVOR INFORMAR A LA BREVEDAD.