



FICHA DE SALUD

SRES. PADRES

Las Instituciones JARDÍN "LA RANA JUANA", COLEGIO "NUEVA ERA" y COLEGIO "SAN DIEGO" cuentan con la cobertura de EMERGENCIAS MÉDICAS BEM, por eso para asegurar una mejor atención, les solicitamos completar los siguientes datos:

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO DNI

EDAD SALA TURNO DIRECCIÓN

TELÉFONO..... TELÉFONO PARA URGENCIAS.....

ANTECEDENTES MÉDICOS

GRUPO SANGUÍNEO

ES ALÉRGICO? SI – NO A QUÉ?

SI ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO ESPECIFIQUE CUÁL

TIENE ALGUNA AFECCIÓN CARDÍACA? SI – NO CUÁL?

TIENE ALGUNA AFECCIÓN RESPIRATORIA? SI – NO CUÁL?

SUFRIÓ EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ALGÚN/A

PROCESO INFLAMATORIO SI – NO DÓNDE?

FRACTURAS O ESGUINCES SI – NO DÓNDE?

PADECIÓ ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS SI – NO CUÁL?

TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SI – NO CUÁL?

FUE OPERADO /A FECHA

INFORME CUALQUIER INDICACIÓN QUE ESTIME NECESARIA DEBAN SABER LOS MÉDICOS Y/O MAESTROS SOBRE LA SALUD DE

SU HIJO/A

TIENE OBRA SOCIAL? SI – NO

NOMBRE NRO DE CARNET PLAN

AUTORIZO POR LA PRESENTE A ACTUAR EN CASO DE EMERGENCIA SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ME COMPROMETO A INFORMAR A LAS AUTORIDADES DEL ESTABLECIMIENTO CUALQUIER CAMBIO QUE OCURRIERA EN LA SALUD DE MI HIJO/A.

FIRMA..... **ACLARACIÓN**..... **PARENTEZCO**

LUGAR Y FECHA