



Escuela Cristiana Evangélica INSTITUTO RÍOS DE VIDA

Fundación Ríos de Vida - Pers. Jurídica Nro. 10968

NIVEL INICIAL - DIPREGEP Nro. 5180

Dorrego 515, Quilmes - Tel: 11 5124 0112 - jardindeinfantes@institutordv.com

FICHA MEDICA

DATOS DEL ALUMNO/A:

Sección:

3 años

4 años

5 años

Apellido/s y Nombre/ s:		
DNI N°	Fecha de nacimiento: / /	Sexo:
Domicilio:		Teléfono:
Teléfono opcional:	Cel. Madre:	Cel. Padre

ANTECEDENTES PERSONALES: (Encierre según corresponda)

• **NACÍÓ POR PARTO NORMAL**

SI / NO

En caso de contestar **NO** detallar la causa.....

• **VACUNACIONES**

- B.C.G SI / NO
- TRIPLE VIRAL SI / NO
- ANTIHEPATITIS A SI / NO
- ANTIHEPATITIS B SI / NO
- ANTIPOLIOMIELÍTICA SI / NO
- QUÍNTUPLE O PENTAVALENTE SI / NO
- ROTAVIRUS SI / NO
- ANTIGRIPE "A" O ANTIGRIPAL SI / NO
- ANTI NEUMOCOCCICA SI / NO
- MENINGOCOCCICA SI / NO
- VARICELA SI / NO

• **ENFERMEDADES DE LA INFANCIA**

- SARAMPIÓN SI / NO
- VARICELA SI / NO
- RUBEOLA SI / NO
- ESCARLATINA SI / NO
- COQUELUCHE (TOS CONVULSA) SI / NO
- PAROTIDITIS (PAPERAS) SI / NO
- COVID -19 SI / NO
- Otra infectocontagiosa.....

• **OTRAS**

- HEPATITIS SI / NO
- DIABETES SI / NO
- COLESTEROL SI / NO
- CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS SI / NO
- HERNIAS SI / NO
- ASMA Ó ENFERMEDADES ALÉRGICAS SI / NO

En caso afirmativo detallar.....

TRAUMATISMO DE CRÁNEO (con pérdida del conocimiento) SI / NO

FRACTURAS SI / NO

En caso afirmativo detallar.....

EPILEPSIA/DIRRITMIA/CONVULSIONES/ DESMAYOS SI / NO

En caso afirmativo detallar.....

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SI / NO

En caso afirmativo detallar.....

LESIONES DEPORTIVAS SI / NO

En caso afirmativo detallar.....

MEDICACIÓN DE USO HABITUAL SI / NO

En caso afirmativo detallar.....

• SI EL NIÑO/A PRESENTA ALGUN PROBLEMA DE SALUD:

RECURRIR A:

Institución de salud:		
Dirección:		Tel.:
Obra Social:	Nº de Afiliado:	Tel.:

AVISAR AL MEDICO:

Nombre y apellido:	
Dirección:	Tel.:

AVISAR A LA FAMILIA:

Nombre y apellido:	
Dirección:	Tel.:

En caso de no localizar a los padres, se autoriza el traslado a _____

ó al Hospital Iriarte de Quilmes.

El que suscribe adulto responsable del alumno/ a _____

inscripto/a en _____ sección, tomo conocimiento y autorizo para que su hijo/ a

realice actividad física con esfuerzo cardiovascular acordes a su edad y sexo conforme a los

lineamientos curriculares vigentes por la Res. Nº 12956 de la Dirección General de Escuelas.

En caso de sobrevenir alguna de las enfermedades mencionadas u otra en particular, me

comprometo a informar al establecimiento bajo certificado médico la imposibilidad parcial o total

para realizar actividad física.

Firma del adulto responsable _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

Lugar y fecha: _____

ADJUNTAR A LA PRESENTE FICHA LOS CERTIFICADOS DE APTITUD FÍSICA (extendido por médico

pediatra donde conste que el niño se encuentra apto para la práctica de actividad física y/o

deportivas en el ámbito escolar) , BUCODENTAL Y CONTROL OFTALMOLOGICO.