



COLEGIO
DEL SALVADOR

COLEGIO DEL SALVADOR - FICHA MEDICA Y AUTORIZACIÓN

DATOS DEL TITULAR

NOMBRES: _____ *NIVEL: Inicial - Primaria - Secundaria*
 APELLIDOS: _____ CURSO: _____
 SEXO: FEMENINO MASCULINO FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___
 GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO: _____
 TIPO DE DOCUMENTO: _____ N° DE DOCUMENTO: _____
 DOMICILIO _____
 Código Postal: _____ Localidad: _____
 Provincia: _____ Teléfono: (_____) - _____

EN CASO DE EMERGENIA LLAMAR A

APELLIDOS Y NOMBRES: _____
 TELÉFONO DE LÍNEA: (_____) - _____ CELULAR: 15- _____
 MAIL: _____
 Relación con el titular: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____
 TELÉFONO DE LÍNEA: (_____) - _____ CELULAR: 15- _____
 MAIL: _____
 Relación con el titular: _____

COBERTURA MÉDICA

OBRA SOCIAL O PREPAGA: _____
 N° DE AFILIADO O SOCIO: _____
 TELÉFONO DE URGENCIAS: _____

Si posee médico de cabecera, complete los datos a continuación:

Nombre del médico de cabecera: _____
 Teléfonos de contacto: (_____) - _____

ANTECEDENTES MEDICOS (tache lo que no corresponda)

Enfermedades da la niñez:

Varicela	SI	NO	Otras?	SI	NO
Sarampión	SI	NO	Cual/es?	_____	
Rubéola	SI	NO		_____	

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente:

CARDIOPATÍAS	SI	NO	Cual / es?	_____
RESPIRATORIAS	SI	NO	Cual / es?	_____
METABÓLICAS	SI	NO	Cual / es?	_____
NEUROLÓGICAS	SI	NO	Cual / es?	_____
DIGESTIVAS	SI	NO	Cual / es?	_____
HEPATOPATÍAS	SI	NO	Cual / es?	_____
PSICOLÓGICAS	SI	NO	Cual / es?	_____
TRAUMATOLÓGICAS	SI	NO	Cual / es?	_____

¿Posee alguna enfermedad crónica? (Alergia, Diabetes, trastornos en la sangre? Cual /es? _____

¿Es alérgico? **Si / No**. ¿A que cosas es alérgico? _____

COLEGIO DEL SALVADOR - FICHA MEDICA Y AUTORIZACIÓN

MEDICAMENTOS

¿Está actualmente en tratamiento con algún medicamento? SI (*) NO

(*) En caso afirmativo, complete la siguiente información:

A) ¿Por qué enfermedad lo toma? _____

B) ¿Qué medicamentos debe suministrarse? Complete el nombre del medicamento y la dosis

1) Medicamento: _____

Dosis: _____

2) Medicamento: _____

Dosis: _____

Recuerde calcular la cantidad de medicamento que debe llevar en el viaje, según la cantidad de días de viaje y las dosis.
Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdese al Coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.

¿Toma medicamentos en otras situaciones? (fiebre, dolores, etc) SI NO

En caso afirmativo, cuáles?

¿Hay algún medicamento que no debe tomar? Cuál?

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir?

El siguiente espacio, es para que Ud, consigne cualquier información que considere importante y necesaria para conocimiento de los profesionales que en caso de necesitarlo, atenderán al titular de la presente.

"Si su hijo se encuentra comprendido en alguna de estas afecciones, rogamos se le administre la vacuna correspondiente a Influenza AH1N1".

"Por favor, MARQUE con X si corresponde a alguna de las categorías e indique si recibió vacunación y la fecha".

1. Obesos mórbidos: IMG mayor o igual a 40.
2. Retraso madurativo severo.
3. Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas severas.
4. Enfermedades respiratorias crónica.
5. Asma severo.
6. Cardiopatías congénitas.
7. Trasplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético.
8. Enfermedad Oncohematológica hasta 6 meses posteriores a la remisión completa.
9. Tumor de órgano sólido en tratamiento.
10. Insuficiencia Renal Crónica en diálisis o con expectativa de ingresar en diálisis en los siguientes 6 meses.
11. Insuficiencia congénita o adquirida.
12. Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis.
13. Diabéticos.

Vacuna: SI NO FECHA:/...../.....

Autorizo a _____ a participar en las clases y propuestas deportivas del área de Ed. Física y el Programa de Campamentos, como así mismo, a realizar todas las actividades y/o servicios que componen el viaje o estén incluidos en los itinerarios.

Firma del Padre o Tutor

Firma del Médico

N° de Matrícula

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha: _____

Lugar y Fecha: _____