



INSTITUTO SUPERIOR PATAGÓNICO
NIVELES INICIAL Y PRIMARIO

Registro Provincial A-23 Resolución N° 453/97 - 97/03
Curuzú Cuatiá 104 San Carlos de Bariloche Río Negro
Teléfono: 0294- 4429028 / 0294-4426885 e-mail: institutopatagonico@yahoo.com.ar

FICHA DE SALUD
(A completar por el Médico)

Ciclo Lectivo: 2018

Apellido y Nombres:
Fecha de Nacimiento:/...../..... Grado:
DNI:
Médico de Cabecera Dr.:
Clínica: Teléfono:
Obra Social: Afiliado N°:.....

1) ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

Diabetes:.....Hipertensión Arterial:.....
Cardiopatías Congénitas:.....Asma Bronquial:.....
Alergia:En caso afirmativo ¿A qué?.....
Otras:.....
Toma alguna medicación?En caso afirmativo ¿Cuál?.....
.....

2) Describa a continuación, si ha padecido enfermedades u operaciones recientes:

a)
b)
c)

3) Cuadro de vacunación:

4) Alguna otra situación particular determinada por el médico:

.....
.....

5) ¿Puede realizar todo tipo de actividad física? SI – NO – CON LIMITACIÓN (Tachar lo que no corresponda)

Si la respuesta es "NO" o "CON LIMITACIÓN" especificar.

.....
.....

6) Registrar los siguientes datos al momento de la evaluación:

Presión arterial:..... Talla:..... Peso:.....

7) Observaciones:

.....
.....

Firma y sello del Médico

Fecha

Firma del Padre

Firma de la Madre