

FICHA DE SALUD AÑO 2026



INSTITUTO PRIMO CAPRARO

Instituto Primo Capraro
A-047Incorporado a la Enseñanza Oficial
Consejo Provincial de Educación
Provincia de Río Negro

NIVEL

INICIAL

PRIMARIO

SECUNDARIO

CURSO

Estimado padre/ madre: La ficha debe ser COMPLETADA POR USTED en LETRA IMPRENTA LEGIBLE. ENTREGAR EL PRIMER DÍA DE CLASES. Muchas Gracias.

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO:		DNI:	
NACIONALIDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
LUGAR DE NACIMIENTO			
DOMICILIO:	Nº		
DTO	PISO	KM	BARRIO
CELULAR Ej.	Cogido área (0294) Código celular (154) Nº línea (707661)	TELÉFONO	
CELULAR	Cogido área () Código celular () Nº línea ()		

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA EN BARILOCHE

OTRO QUE NO SEA PADRE/MADRE/TUTOR

1-NOMBRE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
PARENTESCO	
TELÉFONO EMERGENCIA	
2-NOMBRE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
PARENTESCO	
TELÉFONO EMERGENCIA	
FIRMA DEL PADRE / MADRE O TUTOR	

INFORMACIÓN MÉDICA

Esta parte debe ser COMPLETADA POR EL MÉDICO en LETRA IMPRENTA LEGIBLE. Muchas Gracias.

OBRA SOCIAL O SEGURO MÉDICO:	Nº DE SOCIO
MÉDICO DE CABECERA:	
ANTECEDENTE O PATOLOGÍA al momento del examen (en caso afirmativo, detallar)	
	SÍ NO DETALLE
ALERGIAS	NEUROLÓGICO
DIGESTIVO	EPILEPSIA
DERMATOLÓGICO	CONVULSIONES
DIABETES	OSTEOARTICULAR
TRAUMATOLÓGICO	DISM VISUAL
RESPIRATORIO	DISM AUDITIVA
CARDIOLÓGICO	INFECTOCONTAGIOSA
PRESIÓN ARTERIAL	OTRAS ESPECIFICAR:
ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ	VARICELA SÍ NO SARAMPIÓN SÍ NO RUBEOLA SÍ NO
MONONUCLEOSIS	SÍ NO ¿OTRAS?
¿TOMA REGULARMENTE ALGÚN MEDICAMENTO?	
¿CUÁL?	
¿MOTIVO?	
VACUNACIÓN según calendario Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud de la Nación	
Esquema completo al momento de la consulta	SÍ Última vacuna aplicada: NO Vacuna/s faltante/s:
¿Actualmente concurre a un espacio de tratamiento?	FONAUDIOLOGÍA SÍ NO TERAPIA OCUPACIONAL SÍ NO
PSICOPEDAGOGÍA	SÍ NO PSICOLOGÍA SÍ NO ¿OTRO?
OBSERVACIONES	

Certifico que el alumno/a ha sido examinado clínicamente y no presentas impedimento alguno para realizar actividad física escolar, recreativa y/o deportiva acorde con su edad y sexo.

.....

Profesional médico

.....

Fecha

..... Sello y Firma del

Firma Padre/Madre/Tutor

Ángel Gallardo 40 – (R8400AYB) S. C. de Bariloche – Río Negro - Argentina Tel./Fax:(0294) 4422608 www.capraro.edu.ar