

FICHA DE SALUD AÑO 2025



INSTITUTO PRIMO CAPRARO

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

NIVEL	CURSO
INICIAL	
PRIMARIO	
SECUNDARIO	

**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
TELÉFONO						CELULAR	

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA EN BARILOCHE

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			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?

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.