



## FICHA DE SALUD

### SRES. PADRES

Las Instituciones JARDÍN "LA RANA JUANA", COLEGIO "NUEVA ERA" cuentan con la cobertura de EMERGENCIAS MÉDICAS FIRE, por eso para asegurar una mejor atención, les solicitamos completar los siguientes datos:

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO .....DNI .....

EDAD ..... SALA ..... TURNO .....DIRECCIÓN .....

TELÉFONO..... TELÉFONO PARA URGENCIAS.....

### ANTECEDENTES MÉDICOS

GRUPO SANGUÍNEO .....

ES ALÉRGICO? SI – NO A QUÉ? .....

SI ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO ESPECIFIQUE CUÁL .....

TIENE ALGUNA AFECCIÓN CARDÍACA? SI – NO CUÁL? .....

TIENE ALGUNA AFECCIÓN RESPIRATORIA? SI – NO CUÁL? .....

SUFRIÓ EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ALGÚN/A

PROCESO INFLAMATORIO SI – NO DÓNDE? .....

FRACTURAS O ESGUINCES SI – NO DÓNDE? .....

PADECIÓ ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS SI – NO CUÁL? .....

TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SI – NO CUÁL? .....

FUE OPERADO /A ..... FECHA .....

INFORME CUALQUIER INDICACIÓN QUE ESTIME NECESARIA DEBAN SABER LOS MÉDICOS Y/O MAESTROS SOBRE LA SALUD DE SU HIJO/A .....

TIENE OBRA SOCIAL? SI – NO

NOMBRE ..... NRO DE CARNET ..... PLAN .....

**AUTORIZO POR LA PRESENTE A ACTUAR EN CASO DE EMERGENCIA SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ME COMPROMETO A INFORMAR A LAS AUTORIDADES DEL ESTABLECIMIENTO CUALQUIER CAMBIO QUE OCURRIERA EN LA SALUD DE MI HIJO/A.**

**FIRMA.....ACLARACIÓN.....PARENTEZCO .....**

**LUGAR Y FECHA .....**