



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?

SUFRÍÓ 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