



Escuela Cristiana Evangélica INSTITUTO RÍOS DE VIDA

Fundación Ríos de Vida - Pers. Jurídica Nro. 10968

NIVEL INICIAL - DIPREGEP Nro. 5180

Mármol 500, Quilmes - Tel: 5263- 7865 - [email: jardinrdv@gmail.com](mailto:jardinrdv@gmail.com)

FICHA MEDICA

DATOS DEL ALUMNO/A:

Sección: 3 años 4 años 5 años

Apellido/s y Nombre/ s:		
DNI N°	Fecha de nacimiento: / /	Sexo:
Domicilio:		Teléfono:
Teléfono opcional:	Cel. Madre:	Cel. Padre

ANTECEDENTES PERSONALES: (Encierre según corresponda)

• **NACIÓ POR PARTO NORMAL** SI / NO
 En caso de contestar **NO** detallar la causa.....

• **VACUNACIONES**

B.C.G	SI / NO
TRIPLE VIRAL	SI / NO
ANTIHEPATITIS A	SI / NO
ANTIHEPATITIS B	SI / NO
ANTIPOLIOMIELÍTICA	SI / NO
QUÍNTUPLE O PENTAVALENTE	SI / NO
ROTAVIRUS	SI / NO
ANTIGRIPE "A" O ANTIGRIPAL	SI / NO
ANTI NEUMOCOCCICA	SI / NO
MENINGOCOCCICA	SI / NO
VARICELA	SI / NO

• **ENFERMEDADES DE LA INFANCIA**

SARAMPIÓN	SI / NO
VARICELA	SI / NO
RUBEOLA	SI / NO
ESCARLATINA	SI / NO
COQUELUCHE (TOS CONVULSA)	SI / NO
PAROTIDITIS (PAPERAS)	SI / NO
COVID -19	SI / NO
Otra infectocontagiosa.....	

• **OTRAS**

HEPATITIS	SI / NO
DIABETES	SI / NO
COLESTEROL	SI / NO
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS	SI / NO
HERNIAS	SI / NO
ASMA Ó ENFERMEDADES ALÉRGICAS	SI / NO
En caso afirmativo detallar.....	
TRAUMATISMO DE CRÁNEO (con pérdida del conocimiento)	SI / NO
FRACTURAS	SI / NO
En caso afirmativo detallar.....	
EPILEPSIA/DIRRITMIA/CONVULSIONES/ DESMAYOS	SI / NO
En caso afirmativo detallar.....	
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	SI / NO
En caso afirmativo detallar.....	
LESIONES DEPORTIVAS	SI / NO
En caso afirmativo detallar.....	
MEDICACIÓN DE USO HABITUAL	SI / NO
En caso afirmativo detallar.....	

• SI EL NIÑO/A PRESENTA ALGUN PROBLEMA DE SALUD:

RECURRIR A:

Institución de salud:		
Dirección:		Tel.:
Obra Social:	N° de Afiliado:	Tel.:

AVISAR AL MEDICO:

Nombre y apellido:	
Dirección:	Tel.:

AVISAR A LA FAMILIA:

Nombre y apellido:	
Dirección:	Tel.:

En caso de no localizar a los padres, se autoriza el traslado a _____

ó al Hospital Iriarte de Quilmes.

El que suscribe adulto responsable del alumno/ a _____

inscripto/a en _____ sección, tomo conocimiento y autorizo para que su hijo/ a

realice actividad física con esfuerzo cardiovascular acordes a su edad y sexo conforme a los

lineamientos curriculares vigentes por la Res. N° 12956 de la Dirección General de Escuelas.

En caso de sobrevenir alguna de las enfermedades mencionadas u otra en particular, me

comprometo a informar al establecimiento bajo certificado médico la imposibilidad parcial o total

para realizar actividad física.

Firma del adulto responsable _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

Lugar y fecha: _____

ADJUNTAR A LA PRESENTE FICHA LOS CERTIFICADOS DE APTITUD FÍSICA (extendido por médico

pediatra donde conste que el niño se encuentra apto para la práctica de actividad física y/o

deportivas en el ámbito escolar) , BUCODENTAL Y CONTROL OFTALMOLOGICO.