

FICHA DE SALUD Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS 2025 - JARDÍN

SE RUEGA IMPRIMIR EN HOJA LEGAL Y COMPLETAR CON LETRA TIPEADA.

Apellido y nombre del alumno/a:
DNI:..... Fecha de nacimiento:...../...../..... Sala y Turno:.....
Domicilio: Teléfono Particular:
Apellido y nombre de la madre:..... Email madre:
Celular mamá:..... Teléfono laboral de la mamá:
Apellido y nombre del padre: Email padre:
Celular papá:..... Teléfono laboral del papá:
Otros teléfonos:

FICHA MÉDICA (a ser completada por el PEDIATRA)

¿Posee el niño/a obra social o medicina prepaga?: SÍ - NO ¿Cuál?: (adjuntar fotocopia de la credencial)
Nº de afiliado del niño/a: Grupo sanguíneo: Factor:
¿Recibió todas las vacunas?: SI - NO ¿Cuáles no?:
Enfermedades a las que es propenso:.....
Vacunación antitetánica: SI - NO Fecha de aplicación de la última dosis:/...../.....
¿Padece en la actualidad algún problema de salud?: SI - NO
¿Cuál?:
¿Ha padecido?: SI - NO ¿Cual?:.....
Antecedente Familiares (diabetes, etc.):
¿Toma algún medicamento?: SI - NO ¿Cuál? Motivo:
¿Es alérgico/a a algo?: SÍ - NO ¿A qué?:
En caso de ser alérgico/a, ¿cómo se manifiesta? Medidas a tomar en estos casos:
¿Existe algún tipo de actividad que el médico haya recomendado no realizar?: SI - NO
¿Cuál?:..... ¿Por qué?:.....
Problemas neurológicos (epilepsia, meningitis, convulsiones/ etc.) (Edad, origen, secuelas, tratamiento posterior):
Intervenciones quirúrgicas:
Problemas de alimentación / alimentos prohibidos:
Problemas respiratorios (Asma, bronco espasmos, etc...):
Problemas cardiacos:.....
Otros: desmayos, accidentes, fracturas, etc...):
Nota: En caso de urgencia, el Uriarte School tiene la normativa de comunicarse inmediatamente con las familias y con el servicio de atención médica de la institución, a fin de descartar cualquier anomalía. Se ruega dejar constancia acerca de alergias o patologías que requieran algún tratamiento especial a considerar.
Consideraciones especiales:
En el día de la fecha certifico que el niño/a: se encuentra apto/a psicofísicamente para asistir al jardín y realizar actividades físicas acordes a su edad.
Edad (en año y meses): Talla: Peso actual:
Fecha:/...../..... Firma y sello del médico:

EL COLEGIO NO SUMINISTRA MEDICAMENTOS DE NINGÚN TIPO A LOS ALUMNOS/AS. LAS FAMILIAS SE COMPROMETEN A ASISTIR ANTE EL CASO DE SER CITADOS POR LA INSTITUCIÓN ANTE EL REQUERIMIENTO DE UNA AUTORIDAD DEL COLEGIO, POR ALGÚN PROBLEMA DE SALUD CON SU HIJO/A.

Firma del padre/madre/tutor/encargado:
Aclaración: Tipo y número de documento:

MUY IMPORTANTE: Este documento carece de validez para el Colegio si no se encuentra firmado por un profesional médico o es acompañado de un certificado de aptitud física emitido por el profesional correspondiente.