



# COLEGIO LEONARDO DA VINCI

Jardín Maternal y de Infantes – E.P. – E.S. – Bilingüe – Colegio Universitario – U.A.I.

Bernardo de Irigoyen 696 – Boulogne Sur Mer – T.E.: 4737-5313 / 14

Email: [davinci@vaneduc.edu.ar](mailto:davinci@vaneduc.edu.ar)



## FICHA DE SALUD

### NIVEL INICIAL

LA PRESENTE FICHA DE SALUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

#### 1. DATOS PERSONALES

AÑO LECTIVO .....

NOMBRE DEL ALUMNO .....

EDAD ..... años      SALA .....      TURNO .....

#### 2. INFORMANTE

MADRE

PADRE

OTROS

NOMBRE Y APELLIDO .....

FIRMA ..... D.N.I. ....

#### 3. ANTECEDENTES Y ENFERMEDADES

A. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERA PERIÓDICAMENTE TRATAMIENTO O CONTRO MÉDICO?

No  SI  ¿CUÁL? .....

¿POR ESTE MOTIVO, RECIBE ALGÚN MEDICAMENTO EN FORMA FRECUENTE U OCASIONAL? .....

B. ¿FUÉ INTERNADO ALGUNA VEZ? No  SI  ¿POR QUÉ? .....

C. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? No  SI  ¿CUÁL? .....

D. ¿RECIBE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? No  SI  ¿CUÁL? .....

E. ¿SUFRIÓ CONVULSIONES? No  SI  ¿DE QUÉ TIPO? .....

F. ¿PRESENTA ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA? No  SI  ¿CUÁL? .....

#### 4. MARQUE LAS ENFERMEDADES PADECIDAS POR EL ALUMNO

VARICELA

MONONUCLEOSIS

RUBEOLA

MENINGITIS

ESCARLATINA

HEPATITIS

PAPERAS

SARAMPIÓN

OTRAS  .....

#### 5. VACUNAS

##### CANTIDAD DE DOSIS

A. BCG  .....

B. SABÍN  .....

C. ANTISARAMPIONOSA  .....

D. CUÁDRUPLE  .....

E. OTRAS  .....

#### 6. EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A .....

.....

.....



# COLEGIO LEONARDO DA VINCI

Jardín Maternal y de Infantes – E.P. – E.S. – Bilingüe – Colegio Universitario – U.A.I.

Bernardo de Irigoyen 696 – Boulogne Sur Mer – T.E.: 4737-5313 / 14

Email: [davinci@vaneduc.edu.ar](mailto:davinci@vaneduc.edu.ar)



## DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

### EXAMEN FÍSICO POR ESPECIALIDADES

A. CARDIOLOGÍA.....

.....

OBSERVACIONES .....

B. BUCODENTAL .....

.....

OBSERVACIONES .....

C. NEUROLOGÍA .....

.....

OBSERVACIONES .....

D. CLÍNICA PEDIÁTRICA .....

.....

PESO ..... TALLA .....

OBSERVACIONES .....

E. ESTADO NUTRICIONAL .....

.....

OBSERVACIONES .....

### APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA SEGÚN SEXO Y EDAD

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL .....

### SÓLO PARA ALUMNOS DE PREESCOLAR (5 AÑOS)

A. OFTALMOLOGÍA .....

.....

OBSERVACIONES .....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL .....

B. ORL .....

.....

OBSERVACIONES .....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL .....

C. FONOAUDILOGÍA .....

.....

OBSERVACIONES .....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL .....

FECHA DE REALIZACIÓN ..... / ..... / .....