



# 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 - Tel: 4737- 5313 / 14  
E-Mail: [davinci@vaneduc.edu.ar](mailto:davinci@vaneduc.edu.ar)



## FICHA DE SALUD

### ESCUELA SECUNDARIA

LA PRESENTE FICHA DE SALUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

#### DATOS A COMPLETAR POR LOS PADRES

1. NOMBRE DEL ALUMNO: .....

2. EDAD: ..... AÑOS

3. ANTECEDENTES FAMILIARES IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN AL ALUMNO

.....  
.....

INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES  TUMORES  ALERGIAS  METABÓLICOS O DIABETES   
ENFERMEDADES MENTALES

OBSERVACIONES: (INDICAR PARENTESCO DEL FAMILIAR QUE PADECIÓ ALGUNA DE ESTAS AFECCIONES)

.....  
.....

4. ANTECEDENTES PERSONALES (INDICAR CON UNA CRUZ LAS AFECCIONES SUFRIDAS POR SU HIJO / A)

PERINATALES  INFECCIONES AGUDAS  INTERNACIONES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS   
ACCIDENTES O INTOXICACIONES  TRATAMIENTOS

OBSERVACIONES:

.....  
.....

5. ENUMERE LAS ENFERMEDADES QUE ÉL / ELLA HA TENIDO

.....  
.....

6. INDIQUE SI EL ALUMNO TOMA ALGUNA MEDICACIÓN EN FORMA REGULAR Y LA CAUSA

.....  
.....

7. ÁREA PSICOPEDAGÓGICA / PSICOLÓGICA

¿HA SIDO SU HIJO / A SOMETIDO / A A ALGÚN TRATAMIENTO?

PSICOLÓGICO  PSIQUIÁTRICO  PSICOPEDAGÓGICO

DETALLE BREVEMENTE LAS CAUSAS QUE MOTIVAN LA DERIVACIÓN AL PROFESIONAL

.....  
.....

ESTADO ACTUAL – IMPORTANTE: SI AÚN SIGUE EN TRATAMIENTO ADOSAR INFORME PROFESIONAL DONDE INDIQUE EL APTO PSICOLÓGICO/PSICOPEDAGÓGICO DEL ALUMNO PARA SU ESCOLARIDAD.

.....  
.....



# 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 - Tel: 4737- 5313 / 14  
E-Mail: [davinci@vaneduc.edu.ar](mailto:davinci@vaneduc.edu.ar)



## DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

### 1. EXAMEN FÍSICO

APTO CARDIOVASCULAR .....

APTO RESPIRATORIO .....

APTO DIGESTIVO .....

EVALUACIÓN ORTOPÉDICA .....

EVALUACIÓN DERMATOLÓGICA .....

OBSERVACIONES

.....  
.....

### 2. ¿DEBE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA RESTRINGIDA? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE ¿CUÁL ES LA CAUSA?

.....

### 3. ESTADO ACTUAL

PESO ..... KG

TALLA .....

ESTADO NUTRICIONAL .....

.....  
FIRMA DE LA MADRE

.....  
ACLARACIÓN

.....  
FIRMA DE LA PADRE

.....  
ACLARACIÓN

.....  
FIRMA DEL MÉDICO Y N° DE REGISTRO

.....  
ACLARACIÓN

.....  
FIRMA DEL DOCENTE

.....  
ACLARACIÓN

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