



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



FICHA DE SALUD

ESCUELA PRIMARIA

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 - T.E.: 4737-5313 / 14

Email: 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 / /