



FICHA DE SALUD

NIVEL INICIAL

LA PRESENTE FICHA DE SALUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

1. DATOS PERSONALES

AÑO LECTIVO 2026.

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 CONTROL 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. ¿SUFRÍÓ CONVULSIONES? No ☐ SI ☐ ¿DE QUÉ TIPO?.....

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

G. ¿HA SUFRIDO CONVULSIONES ? NO ☐ SI ☐ ¿a QUÉ EDAD ?.....

4. MARQUE LAS ENFERMEDADES PADECIDAS POR EL ALUMNO

VARICELA ☐

MENINGITIS ☐

PAPERAS ☐

MONONUCLEOSIS ☐

ESCARLATINA ☐

SARAMPIÓN ☐

RUBEOLA ☐

HEPATITIS ☐

OTRAS ☐

5. VACUNAS (ADJUNTAR A ESTA FICHA FOTOCOPIA DE VACUNAS ACTUALIZADAS)

	CANTIDAD DE DOSIS
A. BCG ☐	
B. HEPATITIS B ☐	
C. CUADRUPLE ☐	
D. SABÍN ☐	
E. TRIPLE VIRAL ☐	
F. HEPATITIS A ☐	
G. OTRAS ☐	

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

DATOS PARA 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 SALAS DE 5 AÑOS

A. OFTALMOLOGÍA

.....
OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

B. ORL (otorrinolaringología).....

.....
OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

C. FONOAUDIOLOGÍA

.....
OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FECHA DE REALIZACIÓN / /