



Sagrado Corazón
CASTELAR

FICHA DE SALUD

Nivel Inicial - PERÍODO LECTIVO 2026

Datos personales del niño o la niña:

Apellido:

Nombres:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

Nacionalidad:

Fecha de Nacimiento:

Documento:

Obra Social:

Nº de afiliado:

Datos familiares:

Nombre del familiar a cargo:

.....

Nacionalidad.....

Ocupación:

Teléfonos:

Nombre del familiar a cargo:

.....

Nacionalidad:

Ocupación:

Teléfonos:

Nº telefónico de algún familiar responsable:

Apellido y Nombre: DNI:

Parentesco con el/la alumno/a:

POR FAVOR, EN TODOS LOS CASOS, CONSIGNAR TELÉFONO PARTICULAR, CELULAR Y/O LABORAL PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN CASO DE EMERGENCIA.

Historia Clínica

Completar con sí o no:.....

Epilepsia:..... Diabetes:..... Asma:..... Convulsiones:.....

Si toma alguna medicación, especificar cual es:

Otras:(Especificar).....

Grupo sanguíneo:

Grupo:..... Factor: Rh:.....

Vacunas o sueros recibidos:

Adjuntar fotocopia de calendario de vacunación obligatorio.

Es alérgico/a:

Antibióticos:

Medicamentos:

Comidas:

Otros:

EDUCACIÓN FÍSICA

En las clases de educación física se desarrollan actividades con esfuerzo cardiovascular acorde a la edad y al sexo y en correspondencia con los lineamientos curriculares vigentes.

Sin embargo, en aquellos casos en que alguna afección impida o limite la actividad física, debe presentarse un certificado médico que aclare la limitación y el tiempo de recuperación.

Indicar si existe alguna condición que limite la actividad física:

.....
.....

Lugar y Fecha:

Firma y sello del Profesional

INFORMACIÓN

El Colegio cuenta con el servicio de Emergencias Médicas (CARDIO) el cual será utilizado cuando las circunstancias lo requieran.

¿En caso de emergencia, dónde desea que sea trasladado su hijo/a?

.....
.....