



# FICHA MÉDICA

## COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON

*Agradecemos completar el formulario con letra clara*

AÑO LECTIVO 20..... NIVEL (Inicial / Primario / Secundario) SALA / GRADO / AÑO .....

Apellido(s) y Nombre(s) .....

Particular / Prepaga / Obra Social ..... Nro. Afiliado: .....

Tel. Obra Social ..... Sangre (Grupo y factor): .....

En caso de urgencia, comunicarse con: .....

Tel. de línea: ..... Celular: .....

Enfermedades / síntomas / dificultades									
Sarampión	SI / NO	Varicela	SI / NO	Paperas	SI / NO	Escarlatina	SI / NO	Diabetes	SI / NO
Cardiopatías	SI / NO	Celíaco	SI / NO	Hernias	SI / NO	Sinusitis	SI / NO	Hepatitis	SI / NO
Asma	SI / NO	Epilepsia	SI / NO	Obesidad	SI / NO	Irritabilidad	SI / NO	Jaquecas	SI / NO
Alteraciones del equilibrio			SI / NO	Ansiedad		SI / NO	Alteraciones visuales		SI / NO
Alteraciones fonoaudiológicas			SI / NO	Pánico		SI / NO	Alteraciones auditivas		SI / NO
Problemas neurológicos			SI / NO	Stress		SI / NO	Tendencia a lipotimia		SI / NO
Dificultades para dormir			SI / NO	Alergias		SI / NO	Trastornos alimentarios		SI / NO
Problemas de coagulación			SI / NO	Operaciones(detallar)					
Traumatismos			SI / NO	Fracturas(detallar)					
Convulsiones			SI / NO	Alergias(detallar)					
Tratamiento Psicológico		SI / NO	Profesional y Tel.						
Tratamiento Psicopedagógico		SI / NO	Profesional y Tel.						

Actividades físicas que NO puede realizar: .....

Tratamiento actual: .....

Medicamentos que toma: .....

.....

Observaciones: .....

NOS NOTIFICAMOS QUE, EN CASO DE EMERGENCIA, SE NOS AVISARÁ POR TELÉFONO Y AUTORIZAMOS A LOS RESPONSABLES DEL COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON A TRASLADAR A NUESTRO HIJO Y/O TOMAR DECISIONES QUE CONSIDERE NECESARIAS FRENTE A CASOS URGENTES.

*Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Me comprometo a actualizarlos en caso de variar alguno de ellos.*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARENTAL 1 / TUTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARENTAL 2 / TUTOR

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

(A completar por el profesional que atiende al alumno)

**A P T O F Í S I C O**

A las autoridades del Colegio Inglés Horacio Watson certifico que

.....  
Se encuentra en condiciones de salud óptimas para realizar actividades físicas y deportivas, habiéndose realizado los estudios correspondientes.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Tel. ....

*Buenos Aires, ..... de ..... De 20.....*



# FICHAMÉDICA

## COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON

*Agradecemos completar el formulario con letra clara*

***(Obligatorio solamente para sala de 5 años y primer grado)***

PARA EL PROFESIONAL ODONTÓLOGO

Certifico que ..... presenta estado de

Salud bucal ..... (indicar Bueno, Regular o malo)

Comentarios /Observaciones .....

-----  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

-----  
SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Buenos Aires, ..... de ..... de 20.....

***(Obligatorio solamente para sala de 5 años y primer grado)***

EXAMEN DE AUDIOMETRÍA

Certifico que ..... presenta estado de

Audición ..... (indicar Bueno, Regular o malo)

Comentarios /Observaciones .....

-----  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

-----  
SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Buenos Aires, ..... de ..... de 20....

***(Obligatorio solamente para sala de 5 años y primer grado)***

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Certifico que ..... presenta estado de

Visión ..... (indicar Bueno, Regular o malo)

Comentarios /Observaciones .....

-----  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

-----  
SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Buenos Aires, ..... de ..... de 20.....

- ***Carnet de vacunación (Adjuntar fotocopia)***
- ***Para 1er grado adjuntar carnet de vacunación actualizado a los 6 años.***
- ***Para 6to y 7mo grado debe figurar actualización de vacunas de los 11 años.***