



Colegio  
Palermo  
Chico

Solidaridad y Respeto

FOTO

## FICHA MÉDICA CICLO LECTIVO 2025

DI-2022-11644486-GCABA-DGEGP

Apellido y Nombre: ..... Curso: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Edad actual: .....

Sexo: ..... D.N.I.: .....

Médico/Pediatra de familia: ..... Tel.: .....

Domicilio de los padres o responsables: .....

En caso de urgencia, avisar a: ..... Tel.: .....

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

Estatura: ..... cm

Peso: ..... kg

Vacunación Completa (incluye HPV): SÍ - NO

Cobertura médica: ..... Plan: ..... Tel.: .....

Socio N° ..... Tel.: .....

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad: .....

Dirección: ..... Tel.: .....

### ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ

(Encerrar con un círculo las respuestas positivas).

Cardiopatías congénitas	Diabetes	Varicela	Anomalías congénitas
Cardiopatías infecciosas	Reumatismo	Fiebre reumática	Alteraciones neurológicas
Arritmias/soplos	Hepatitis	Tos convulsa	Alteraciones circulatorias
Hipertensión arterial	Úlcera gastroduodenal	Sarampión	Anomalías respiratorias
Asma bronquial	Hemofílicas	Tuberculosis	Alteraciones digestivas
Bronquitis	Hipercolesterolemia	Enfermedad de Chagas	Alteraciones en la piel
Sinusitis	Obesidad	Dengue	Alteraciones emocionales
Meningitis	Escarlatina	Covid-19	Procesos inflamatorios
Convulsiones	Sarampión	Hernias	Procesos infecciosos
Epilepsia	Paperas	Anginas	Celiaquía

En caso de haber marcado alguna/s, por favor, especificar y fechar

.....

¿Otras enfermedades no detalladas en el listado anterior? SÍ - NO

(Encerrar con un círculo la respuesta positiva).

¿Cuáles?

.....

**ANTECEDENTES DE INTERÉS:** En caso afirmativo, por favor, especificar y fechar.  
(Encerrar con un círculo lo que corresponda):

**Cirugías:** SÍ - NO  
¿Cuándo? ¿De qué?

**Traumatismos / fracturas:** SÍ - NO  
¿Cuáles?

**Internaciones:** SÍ - NO  
¿Por qué? ¿Cuándo?

**¿Tiene problemas de coagulación?** SÍ - NO

**Evaluación auditiva. Normal:** SÍ - NO

**Agudeza visual:** ¿Usa lentes? SÍ - NO

**¿Es alérgico?** SÍ - NO

¿A qué?

¿Cómo lo evita?

**¿Toma algún medicamento?** SÍ - NO

Motivos:

Descripción:

Fecha de inicio del tratamiento:

Dosis:

Administración:

**¿Tiene contraindicado algún medicamento?** SÍ - NO

¿Cuál?

**¿Realiza tratamiento psicológico o psicopedagógico en la actualidad?** SÍ - NO

Fecha:

Motivo:

**Alteraciones en la estructura muscular y osteoarticular** (Encerrar con un círculo lo que corresponda):

**Luxaciones:** SÍ - NO

**Esguinces:** SÍ - NO

**Lesiones ligamentosas:** SÍ - NO

**Lesiones musculares o tendinosas:** SÍ - NO

**Correcta organización de la columna vertebral:** SÍ - NO

En caso afirmativo, por favor, especificar y fechar:

**Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física, ¿ha padecido alguna de estas situaciones?** (Encerrar con un círculo lo que corresponda):

**Cefaleas:** SÍ - NO

**Dolor en el pecho:** SÍ - NO

**Pérdida de conciencia:** SÍ - NO

**Mareos/Vértigo:** SÍ - NO

**Vómitos:** SÍ - NO

**Dificultad para respirar:** SÍ - NO

**Cansancio extremo:** SÍ - NO

**Otros síntomas, detallar:**

**¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?**

**¿Hay alguna actividad que el alumno no deba realizar por prescripción médica?** SÍ - NO

¿Cuál?

---

Autorizamos al Departamento Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio Médico de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hija/o en caso de ser necesario.

## CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que ..... DNI: .....  
habiendo sido examinado clínicamente y habiéndose realizado los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares en viajes y salidas de estudio y recreativas, como así también en aquellas propias del área de la Educación Física, sean estas de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extracurriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Palermo Chico.

Buenos Aires, ..... de ..... de 2025.

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional

\_\_\_\_\_  
Sello aclaratorio y N° de Matrícula

\_\_\_\_\_  
Teléfono

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a notificar de forma fehaciente a las autoridades del Colegio, dentro de los siguientes cinco días hábiles, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados.

**SIN APTO FÍSICO o CON el APTO FÍSICO INCOMPLETO EN ALGUNO DE LOS ÍTEMS, el alumno NO PODRÁ realizar actividad física y no podrá ser calificado.**

Buenos Aires, ..... de ..... de 2025.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.