

## “Ficha de Salud”

**Apellido y Nombre del Alumno:** .....

**Sala/Grado/Curso:** .....

**Grupo Sanguíneo:**.....**Factor (RH ):**.....

**Obra Social:**.....**Nº de Afiliado:**.....

**Alergias:** (Responder **en cada caso si o no**)

Polvo, Polen:..... Antibióticos:..... Medicamentos:..... (.....)

Picadura de insectos:..... Plumas:..... Comidas:..... (.....)

Otras:.....

**Enfermedades/ Trastornos:** (Responder **en cada caso si o no**)

Enf.

Congénitas:.....(.....)

Hepatitis:..... Asma:..... Soplo al corazón:..... Varicela:..... Traumatismos:.....

Otros:.....

**Calendario de vacunas completo:** Si..... No.....

**Presentó Examen Cardiológico:** Si..... No.....

**Presentó Examen Chagas – Mazza:** Si..... No.....

San Juan,.....de.....de.....

**Firma de Padre, Madre o Tutor**

**Documentación completa:** Si..... No.....

**Firma y aclaración de quien recibe la documentación:**.....