



Apellido del alumno/a: ..... Nombre:..... Curso:.....

FICHA DE SALUD: Fecha de entrega: 31 de marzo de 2025

**FORMULARIO A COMPLETAR POR EL MÉDICO**

Estimado Dr.,  
solicitamos tenga a bien informarnos si su paciente se encuentra cursando alguna enfermedad aguda o crónica,  
¿Cuál?.....

Además necesitamos saber si se encuentra tomando o ha recibido algún tipo de medicación? SI - NO  
¿Cuál?.....

Considera que su paciente tiene alguna patología que amerite un tratamiento o seguimiento especial por parte del colegio? ¿Cuáles?.....

**Certifico que..... DNI n°:.....de..... años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado/a clínicamente en el día de la fecha a las.....hs y aparece en condiciones de concurrir a clases, realizar actividades escolares, incluidos viajes y salidas de estudio y recreativas, y las propias de educación física escolar curricular y extra curricular, que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo (En caso de no poder realizar actividad física, presentar junto a este formulario el certificado médico correspondiente).**

.....  
*Firma del médico*

.....  
*Aclaración/ Sello*

FECHA: ...../...../2025

**FORMULARIO A COMPLETAR LOS PADRES**

¿Tiene obra social? SI - NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Nº de Afiliado: \_\_\_\_\_ En caso de traslado, indique centro de salud aconsejado: \_\_\_\_\_

Otros teléfonos alternativos en caso de no encontrar a los padres:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

**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 informar al Colegio, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en alguno de los datos consignados en la planilla remitida. Autorizo al Servicio de Emergencias contratado por el Colegio a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.**

**Tomo conocimiento que el Colegio no suministrará ningún tipo de medicación a mi hijo/a, y me notificará a efectos de acercarme para retirarlo/a o darle la medicación que fuera necesaria.**

...../...../2025  
Fecha

.....  
Firma de Madre/Padre

.....  
Aclaración

**La presente ficha tendrá validez hasta el 31/03/2026**