# Inicio Unidad Académica

#  INSTITUTO ALMIRANTE GUILLERMO BROWN

 **FICHA** DE SALUD - 2026

**ALUMNO:** Escriba **cURSO-GRADO-SALA:** Seleccione

**OBRA SOCIAL :** Escriba **Nº** Escriba

**GRUPO SANGUÍNEO:** Escriba **FACTOR RH:** Escriba

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

Escriba

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

Escriba

**Se encuentra padeciendo:**



**Padece alguna de las siguientes enfermedades:**

  

  

  

   Escriba

  Escriba

**Ha padecido en fecha reciente:**

  

  

 

**Alguna otra situación particular determinada por el médico:** Escriba

TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico?

 Escriba

¿Quirúrgicos? Edad:

 Escriba

¿Presenta alguna limitación física?

****  Escriba

VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación, la misma está:

  

(En caso de ser incompleta o sin datos, se debe realizar consulta médica)

Talla (en centímetros) Escriba Peso Escriba Kg. (con un décimo) **Fecha de determinación**: Selecciones

**NOTA**: En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems señalados precedentemente, deberá presentar juntamente con este formulario el **CERTIFICADO MEDICO** que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física o concurrir a campamentos de vida en la naturaleza.

**La totalidad de los datos e información suministrada por quienes suscriben la presente ficha que es el dorso de la Ficha del Alumno-Cédula escolar, tiene carácter de Declaración Jurada.**

Nos comprometemos a comunicar al instituto cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

**FIRMA MADRE:** ……………………………………………………………………..

**FIRMA PADRE:** ……………………………………………………………….……..