



Colegio Irlandés

J.M. Estrada 151 - Adrogué - Tel.: 4294-0180/6204

FICHA DE SALUD – NIVEL PRIMARIO 2025

(a completar por los profesionales de la salud)

A) CERTIFICADO DE APTO FÍSICO:

Certifico haber examinado a:..... quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas de acuerdo a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Irlandés.

OBSERVACIONES:

.....

Firma y Sello del Médico

B) CERTIFICADO BUCO - DENTAL:

Dejo constancia quede años de edad.-

Presenta un estado Bucal: **BUENO - REGULAR - MALO** (Marcar lo correcto)

OBSERVACIONES:

.....

Firma y Sello del Médico

C) CERTIFICADO DE AGUDEZA VISUAL:

Dejo constancia que.....de.....años, presenta un estado visual:

BUENO **SI - NO**

SIN CORRECCIÓN	OD..... /10
	OI..... /10
CON CORRECCIÓN	OD..... /10
	OI..... /10

OBSERVACIONES:.....

.....

Firma y Sello del Médico



Colegio Irlandés

J.M. Estrada 151 - Adrogué - Tel.: 4294-0180/6204

Ficha de salud 2025

(a completar por el responsable del estudiante)

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

Apellido y Nombre: Nivel.....

Fecha de Nacimiento:.....Edad:.....DNI:.....

Dirección:.....Localidad:.....C.P.:.....

Teléfono:

DATOS FAMILIARES:

Responsable 1 :

E-mail:.....

Responsable 2 :

E-mail:.....

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (MARCAR CON UNA CRUZ)

	SI	NO		SI	NO
SARAMPIÓN			TOS CONVULSA		
VARICELA			OTITIS		
PAPERAS			ESCOLIOSIS		
RUBEOLA			HERNIAS		
ESCARLATINA			REUMATISMO		
BRONQUITIS			CELIAQUÍA		
ASMA			DIABETES		
SINUSITIS			MENINGITIS		
EPILEPSIA			CARDIOPATÍA		
HEPATITIS			PROBLEMAS NEUROLÓGICOS		

OTRAS:



Colegio Irlandés

J.M. Estrada 151 - Adrogué - Tel.: 4294-0180/6204

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones..... Traumatismos/

Fracturas:.....

¿Es alérgico?..... ¿A qué y cómo lo puede evitar o tratar?:.....

¿Tiene problemas de Coagulación?.....

¿Toma alguna medicación?.....

(Diagnóstico).....

Grupo Sanguíneo: Factor:.....RH:.....

Medidas antropométricas: Peso.....Talla:.....

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico/Psicológico/Fonaudiológico/Psicopedagógico/otras?.....

.....

Nombre del profesional y contacto:.....

Firma y Aclaración del responsable