



COOPERATIVA DE PROVISION DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
“COLEGIO IRLANDES Ltda.”
 DIPREGEP N° 8254/8255/8256

Estrada N° 151 – Adrogué (1846) Tel: 4294-0180/ 4294-6204- info@colegioirlandes.edu.ar

Buenos Aires,dede 2023

❖ **CERTIFICADO DE APTO FISICO:**

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

❖ **CERTIFICADO BUCO –DENTAL:**

Dejo constancia quede.....años de edad.-
 Presenta un estado Bucal:

Bueno

Regular

Malo

OBSERVACIONES:

.....

Firma y sello del Odontólogo

❖ **CERTIFICADO DE AGUDEZA VISUAL:**

Dejo constancia quede.....años, presenta un estado
 visual:

BUENO.....

SIN CORRECCIÓN OD...../10

OI...../10

CON CORRECCIÓN OD...../10

OI...../10

OBSERVACIONES:.....

.....

Firma y sello del Médico Especialista



COOPERATIVA DE PROVISION DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
“COLEGIO IRLANDES Ltda.”
 DIPREGEP N° 8254/8255/8256

Estrada N° 151 – Adrogué (1846) Tel: 4294-0180/ 4294-6204- info@colegioirlandes.edu.ar

FICHA MÈDICA DE SALUD- AÑO 2023

Datos Personales:

Apellido y Nombre: Nivel/año.....

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

DOMICILIO

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

Teléfono: Teléfonos alternativos.....

DATOS FAMILIARES:

Responsable Parental:

E-mail:.....

Cobertura Médica:

La escuela cuenta con cobertura médica de Emergencia. En caso de necesidad de traslado, enumere los lugares de preferencia:

a).....

b).....

c).....

Obra Social/Seguro de Salud/Medicina Prepaga:..... Socio N°:.....

Enfermedades que padece o padeció (marcar con una cruz)

| | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Sarampión | <input type="checkbox"/> | Escarlatina | <input type="checkbox"/> | Tos Convulsa | <input type="checkbox"/> | Reumatismo | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | <input type="checkbox"/> |
| Varicela | <input type="checkbox"/> | Bronquitis | <input type="checkbox"/> | Otitis | <input type="checkbox"/> | Celiaco | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> |
| Paperas | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | Escoliosis | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Cardiopatía | <input type="checkbox"/> |
| Rubeola | <input type="checkbox"/> | Sinusitis | <input type="checkbox"/> | Hernias | <input type="checkbox"/> | Meningitis | <input type="checkbox"/> | Problemas Neurológicos | <input type="checkbox"/> |

Otras.....

Antecedentes de Interés

Operaciones.....

Traumatismos/ Fracturas:.....

¿Es alérgico?..... ¿A qué?:.....

¿Cómo lo Evita?.....

¿Tiene problemas de Coagulación?..... ¿Toma alguna medicación?.....

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?.....

Otras.....

Grupo Sanguíneo: Factor:.....**RH:**.....

Medidas Antropométricas: Peso:.....**Talla:**.....

.....

Firma y Aclaración de los Responsables Parentales