

Provincia de Santa Fe

Poder Ejecutivo

ANEXO III DEL DECRETO N°

FICHA MÉDICA SALIDA ESCOLAR

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:.....

APELLIDO y NOMBRE DEL ALUMNO:

TIPO Y N° DNI.: **FECHA DE NACIMIENTO:**.....

EDAD:..... **NIVEL:**..... **GRADO /CURSO:**..... **DIVISIÓN:**

DOMICILIO:..... **LOCALIDAD:**.....

TELEFONO/S:.....

PARA COMPLETAR POR EL PADRE MADRE O TUTOR:

Grupo y factor sanguíneo: **¿Recibe algún tratamiento médico? (SI/NO)**.....

¿Cuál?.....

¿Está tomando algún medicamento? SI/NO)..... **¿Cuál?**.....

¿Tiene algún tipo de alergia?..... **En caso afirmativo, indique cuál es la causa y describe cuáles son sus manifestaciones**

¿Padece algún trastorno crónico? (SI/NO)..... **¿Cuál?**.....

¿Tuvo alguna operación? (SI/NO)..... **¿Cuál?**.....

Dejar constancia de cualquier indicación que estime necesaria para que tome conocimiento el personal médico y docentes a cargo:.....

¿Le fue aplicada la vacuna antitetánica? (SI/NO)..... **Fecha:**

¿Obra Social? (SI/NO)..... **¿Cuál?**

¿Ha sufrido en los últimos 30 días: a)Procesos inflamatorios?(SI/NO)..... b)Fracturas o esquinces?(SI/NO)...

c) Enfermedades infecto-contagiosas? (SI/NO)..... d) Otras ?.....

Dejo constancia que de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a/tutelado, autorizando por la presente, en caso de urgencia o emergencia médica, ha hacer atender al mismo, por profesionales médicos y a adoptar las prescripciones que ellos indiquen, notificándome de manera inmediata.-



.....
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

.....
ACLARACIÓN

.....
NRO. D.N.I.