



Ficha de Salud

APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE.....
DOCUMENTO.....AÑO/CURSO.....
FECHA DE NACIMIENTO.....EDAD.....SEXO.....
DOMICILIO.....LOCALIDAD.....
CEL.....TELÉFONO FIJO.....

TIENE COBERTURA MÉDICA: SI/NO CUÁL.....N° AFILIADO.....
MÉDICO DE CABECERA: SI/NO NOMBRE DEL MÉDICO.....CEL.....

DATOS DE CONTACTO DE LA MADRE, PADRE Y/O ADULTO RESPONSABLE:

MADRE.....CEL.....
PADRE.....CEL.....
ADULTO RESPONSABLE.....CEL.....

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ:

	SI	NO		SI	NO
Asma			Varicela		
Cardio infecciosas			Diabetes		
Sinusitis			Rubeola		
Hepatitis (60 días)			Reumatismo		
Bronquitis			Escarlatina		
Sarampión (30días)			Meningitis		
Otitis u otro problema auditivo			Esguinces o luxaciones (60 días)		
Tos convulsa			Convulsiones		
Mononucleosis infecciosa (30 días)			Problemas alimentarios		
Tuberculosis			Cardiopatías congénitas		
Problema visual			Paperas		
Resfríos			Covid		

	SI	NO
Pérdida de conciencia al realizar actividad física		
Problemas de coagulación		
Alérgico, en caso de si ¿A que?		
Padece actualmente alguna enfermedad, en caso de si ¿Cuál?		
Hace o hizo tratamiento psicológico		
Tiene contraindicación de efectuar alguna actividad física, en caso que si ¿Cuál?		

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	SI	NO
¿Cuál/cuáles?		
Traumatismos y/o fracturas		

VACUNAS	SI	NO
¿Tiene las vacunas reglamentarias aplicadas?		

¿Están actualizadas?		
----------------------	--	--

¿Debe cumplir alguna dieta por indicación médica? En caso de si ¿Cuál?	SI	NO
¿Toma medicamentos de forma permanente? En caso de si ¿Cuál?	SI	NO
¿Tiene contraindicado algún medicamento? En caso de si ¿Cuál?	SI	NO

Conoce el grupo sanguíneo: SI/NO
GRUPO SANGUÍNEO:.....FACTOR RH:.....

DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS ANTERIORMENTE SON CIERTOS.

_____	_____	_____
FIRMA	ACLARACIÓN	VÍNCULO

PARA EMERGENCIAS En caso de urgencia avisar:		
1) Nombre y apellido.....	Vinculo.....	Cel:.....
2) Nombre y apellido.....	Vinculo.....	Cel:.....
Centro de derivación sugerido en caso de emergencia.....		
En caso de no poder comunicarse con las familias autorizadas y ante una emergencia, autorizo al colegio el traslado de mi hija/o al servicio de urgencias de hospital público: SI/NO		
_____	_____	
Firma	Aclaración	

APTO FISICO

Buenos Aires, ____ de _____ 2026.

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

La presente se extiende a pedido de la “Escuela Técnica UBA”.

Firma del profesional, sello y N° de matrícula.