



## FICHA de SALUD

“COLEGIO SAN MARTIN de TOURS” (mujeres)

Grado / Año: ..... Sección: **Primaria/Secundaria**

**Nombre y Apellido:** ..... **Edad:**.....

**DNI:** ..... **Dirección:** ..... **Tel:**.....

**celular padre:**..... **celular madre:**.....

### ANTECEDENTES CLÍNICOS

Asmático: .....

Diabético: .....

Cardíaco: .....

Alérgico: ..... Alérgico Antibiótico: .....

Alérgico Analgésico: .....

Otros: .....

Peso y talla: .....

Apto físico para realizar Educación Física: .....

Fecha: ..... Firma del Médico: .....

Aclaración: .....

### OBRA SOCIAL y/o PREPAGA

Nombre: ..... N° de afiliado: .....

Dirección: ..... Tel: .....

### SANATORIO donde desea ser internado en caso de urgencia

1.- ..... Dirección: .....

2.- ..... Dirección: .....

### MÉDICO de CABECERA

Nombre y Apellido: ..... Tel: .....

### En caso de urgencia avisar a:

Nombre y Apellido: ..... Tel. y/o celular: .....

Nombre y Apellido: ..... Tel.y/ó celular: .....

### Importante:

- En caso de internación y de no ser atendida por la obra social, el colegio se reserva elegir el lugar de internación.
- En caso de cambiar de Obra Social se ruega informar a preceptoras ó a secretaria.

Fecha: ..... Firma del padre/madre ó tutor: .....

Aclaración: .....