



ISPI N° 903 "CRUZ ROJA ARGENTINA" U.O. CASILDA

FICHA MÉDICA CICLO 2026

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE:
DNI:..... EDAD: FECHA DE NAC: / ... /
DOMICILIO:
LOCALIDAD: C.P:.....
TEL: CEL:
CORREO ELECTRONICO:.....

ANTECEDENTES CLINICOS QUIRURGICOS: Responder SI o NO

ES ASMÁTICO?..... ES CARDÍACO?
ES EPILÉPTICO?..... TIENE PROBLEMAS VISUALES?
ES DIABÉTICO?..... ES INSULINODEPENDIENTE.....
SUFRE CONVULSIONES?.....
CANTIDAD DE EMBARAZOS.....ESTA EMBARAZADA?.....
SUFRE DESMAYOS?.....PADECE DISMINUCION AUDITIVA
ES ALÉRGICO?.....en caso afirmativo consignar a qué.....
SUFRE DE HIPERTENSION?..... FUE OPERADO? ☐ SI ☐ NO En caso
afirmativo consignar tipo de operación.....
HERNIAS? ☐ SI ☐ NO REUMATISMO? ☐ SI ☐ NO RASTORNOS OSTEO-MUSCULARES? ☐ SI ☐ NO
TOMA MEDICACIÓN? ☐ SI ☐ NO CUÁL?.....

Firma - Sello del Profesional
N° de matrícula

INDIQUE ALGUNA OBSERVACION RESPECTO DE SU SALUD QUE PUEDA SER IMPORTANTE PARA LA ESCUELA Y NO SE ENCUENTRA EN LA PRESENTE FICHA
.....
.....

DEJO CONSTANCIA QUE LOS DATOS PERSONALES CONSIGNADOS EN LA PRESENTE FICHA SON REALES Y ACTUALIZADOS AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN. ASI MISMO, ME COMPROMETO A AVISAR FEHACIENTEMENTE SOBRE CUALQUIER CAMBIO RELACIONADO CON MI SALUD DESDE ESTA FECHA...../...../.....

.....
FIRMA DEL ALUMNO

.....
ACLARACION

.....
DNI

.....
FIRMA DEL PADRE MADRE O TUTOR
(En caso de ser menor de 18 años)

.....
ACLARACION

.....
DNI