



Provincia de Santa Fe
Poder Ejecutivo

Dra. GISELA A. GALLO
Directora Gral. de Despacho Subr.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

ANEXO III DEL DECRETO N° 1742

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:

TELÉFONO/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 describa 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.