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:.....

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.**

PROVINCIA DE SANTA FE
PODER EJECUTIVO
REPUBLICA ARGENTINA

Imprenta Oficial - Santa Fe