

HIGHEST COLLEGE

Av. Crisólogo Larralde 3265 / 81

Teléfonos 4542-3623 / 6595

www.highestcollege.com

C.A.B.A.

FICHA DE EMERGENCIA MEDICA – AÑO 2021

Apellido Nombres.....
Domicilio Localidad.....
Teléfono particular Otros teléfonos.....
..... D.N.I. N° Grupo sanguíneo..... RH.....
Obra social/prepaga a la que pertenece..... Afiliado N°

HISTORIA CLINICA:

ENFERMEDADES PADECIDAS:

Sarampión..... Varicela..... Escarlatina..... Rubeola..... Difteria..... Paperas..... Broncoespasmos.....
Falso crup..... Sinusitis..... Tos convulsa..... Epilepsia..... Convulsiones..... Escoliosis.....
Cardiopatías..... Pie plano Desmayos..... Fracturas.....
Afecciones al oído..... Afecciones a la nariz..... Afecciones a los ojos.....
Enfermedades osteo-articulares..... Otras.....

VACUNAS RECIBIDAS:

Quintuple..... Sabin..... BCG..... Otras.....

INTERVENCIONES QUIRURGICAS:

ES ALERGICO/A A:

Medicamentos:.....
Alimentos:
Otros

En caso de necesidad toma medicación: Alópata? u Homeópata?

Sigue algún tratamiento?

Puede comer de todo?.....

Algo significativo para tener en cuenta

La escuela cuenta con servicio de emergencia médica que atiende el accidente dentro del establecimiento o realiza el traslado, sólo si el médico a cargo lo considera necesario. Los padres serán avisados telefónicamente a los números que hayan indicado. Si no existiera comunicación posible con los padres, la dirección/rectoría autorizará el traslado del alumno/a, previa evaluación médica. Lo mismo será aplicable ante cualquier emergencia ocurrida en el Campo de Deportes, pudiendo ser atendido también en el consultorio del club.

SECCIÓN A LA QUE PERTENECE EL ALUMNO/A:

JARDIN: Sala de.....años /Turno **PRIMARIA:** Grado **SECUNDARIA:**..... Año

Si durante el año se produce algún cambio en relación a los datos aquí consignados, lo haremos conocer en forma escrita a la Administración del colegio.

Autorizo a mi hijo a realizar Educación Física, incluyendo, entre otros, los siguientes deportes: Natación, Rugby y Hockey.

Firma de la madre

Aclaración y DNI.....

Firma del padre

Aclaración y DNI.....

Por la presente, certifico que el alumno/a se encuentra apto/a para realizar Actividad Física. Ciudad Autónoma de Buenos Aires,/...../.....

Firma del médico

Sello profesional