



▷ Apellido y Nombre del alumno

▷ Peso ▷ Altura

Datos provistos por los padres

Antecedentes de la infancia

▷ Dificultades al nacer SI NO

▷ Nació de parto normal SI NO

▽ En caso de contestar NO comente en forma resumida el problema

Vacunación

▷ BCG SI NO

▷ Triple SI NO

▷ Antisarampionosa SI NO

▷ Doble SI NO

▷ Refuerzo Antitetánica SI NO

Enfermedades de la infancia

▷ Sarampion SI NO

▷ Varicela SI NO

▷ Rubeola SI NO

▷ Escarlatina SI NO

▷ Coqueluche (Tos Convulsa) SI NO

▷ Parotiditis (Paperas) SI NO

Otras

▷ Diabetes SI NO

▽ Tipo y medicación

Otras

▷ Hepatitis SI NO

▷ Asma SI NO

▷ Enfermedades alérgicas SI NO

▽ En caso de contestar SI, cuales o a qué es alérgico

▷ Traumatismo de craneo SI NO

▷ Con pérdida de conocimiento SI NO

▷ Fracturas SI NO

▽ En caso de contestar SI, indique cual

▷ Epilepsia o Dirritmia SI NO

▽ En caso de contestar SI, indique cual

▷ Intervenciones Quirúrgicas SI NO

▽ En caso de contestar SI, indique cual

▷ Lesiones Deportivas SI NO

▽ En caso de contestar SI, indique cual

▽ Medicación De Uso Habitual Y Causa

▽ Pediatra/Médico De Cabecera

Dejo constancia que como padre o tutor me comprometo a informar por médicos fehacientes al Colegio cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas.

Firma del Padre,
Madre o Tutor

Aclaración

DIPREGEP dispone completar en todos los casos

Traslado de alumnos por emergencias médicas

Ante situaciones de TRASLADO DE ALUMNOS POR EMERGENCIAS MEDICAS solicitamos completar los siguientes datos

▷ Apellido y Nombre del alumno ▷ Curso

▷ Obra Social ▷ N° de Afiliado

▷ Por emergencias trasladar a

▷ Apellido y Nombre del alumno

▷ Peso

▷ Altura

Datos provistos por el médico

Examen Físico

Semiología (Consigne datos positivos)

Aparato Respiratorio

SI NO

Aparato Cardio circulatorio

▷ Pulso

▷ Tensión

▽ Auscultación

Aparato Digestivo

SI NO

Hernias

SI NO

Osteoarticular

SI NO

▽ Postura

▽ Pie (plano, cavo, talo, valgo)

▽ Columna

▽ Otras

Dermopatías

SI NO

Por lo anterior, certifico que el alumno está apto para la realización de actividad física acorde a sexo y edad.

SI NO

Firma del Médico

Sello y matrícula

DIPREGEP dispone que es indispensable completar por el médico sólo en caso de contestar afirmativamente en alguna afección



Asociación Civil
Santo Domingo
de Guzmán