



# FICHA DE SALUD 2025 – NIVEL INICIAL

JARDÍN EL ARCA DE NOÉ - FUNDACIÓN CRISTIANA FRANCISCO MENOYO  
(Son obligatorias tanto la versión online como la escrita)

(Ser fehacientes en la información, en cuanto a la condición del alumno)

FECHA:.....



NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO/A:.....

SALA:..... TURNO:.....

**Deben entregar también el APTO FÍSICO (durante la primer semana de iniciado el ciclo lectivo) en el que diga que está apto para realizar actividades físicas y recreativas acorde a su edad. Se solicita también le realización de un CHEQUEO BUCODENTAL y una AUDIOMETRÍA.**

**Cobertura** ¿Tiene Obra Social / Prepaga? Sí / No

Nombre de la obra social.....Nº afiliado.....

## **Antecedentes de enfermedad**

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? **Sí / No**

¿Cuál?.....

Durante los últimos tres años ¿Fue internado alguna vez? **Sí / No**

¿Por qué?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? **Sí / No**

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones.....

La alergia se debe a: .....

¿Recibe tratamiento permanente? **Sí / No**

## **Tratamientos**

¿Recibe tratamiento médico? **Sí / No**

Especifique:.....

¿Quirúrgicos? **Sí / No** Edad: ..... Tipo de cirugía:.....

¿Presenta alguna limitación física? **Sí / No**

Indique si posee otros problemas de salud.....

¿Realiza algún tipo de terapia? **Sí / No**

¿Qué tipo de terapia?.....

¿Posee proyecto de inclusión? **Sí / No**

**Vacunas Obligatorias** Completa – Incompleta (Marcar el que corresponda)

## **Teléfonos de contacto EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE Y APELLIDO DE LA **MADRE**:.....TELÉFONOS:.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL **PADRE**:.....TELÉFONOS:.....

NOMBRE Y APELLIDO **PERSONA AUTORIZADA (parentesco)**:.....

TELÉFONOS:.....

.....  
FIRMA DECLARANTE (madre, padre, tutor)

.....  
ACLARACIÓN

.....  
DNI