



FICHA MÉDICA

SEÑORES PADRES / REPRESENTANTE LEGAL:

Con el fin de preservar la salud de su hijo/a durante el presente ciclo lectivo, les solicitamos efectúen la revisión médica, oftalmológica y odontológica, abajo indicada, con los profesionales de la salud a los que habitualmente asisten, solicitándoles completen los datos requeridos en el presente formulario.

LA PRESENTACIÓN DE LA MISMA TIENE CARÁCTER OBLIGATORIO

Fecha término:

Nivel Inicial: antes del 02 de marzo de 2026.

Nivel Primario antes del 02 de marzo de 2026.

Nivel Secundario, a su presentación durante la semana de Adaptación, Nivelación e Integración (23 al 27 de febrero de 2026).

DATOS PERSONALES DEL CADETE/ALUMNO				
APELLIDO				
NOMBRE/S				
NIVEL INICIAL/PRIMARIO/ SECUNDARIO				
SALA/GRADO/CURSO				
PESO (Kgr)				
TALLA (metros y centímetros)				
ALÉRGICO	SI	NO	Especifique:	
GRUPO SANGUÍNEO			FACTOR RH	
PRESIÓN ARTERIAL			FRECUENCIA CARDÍACA	
ELECTRO-CARDIOGRAMA	APTO	NO APTO	Observaciones:	
INFORME MÉDICO PEDIÁTRICO CLÍNICO:				
APTO			NO APTO	
Observaciones Sec San Instituto.			 Firma, aclaración, matrícula y sello del médico	



Continuación Ficha Médica			
INFORME OFTALMOLÓGICO:			
APTO	NO APTO		
		 Firma, aclaración, matrícula y sello del médico	
INFORME ODONTOLÓGICO:			
APTO	NO APTO		
		 Firma, aclaración, matrícula y sello del médico	
OBRA SOCIAL/PRE-PAGA/ SEGURO MÉDICO		SI	NO
Cuál?			
Nro Socio/Afiliado			
Plan Médico/Cobertura			
RESERVADO PARA INSTANCIA DEL INSTITUTO			