



# Buenos Aires International Christian Academy

Buenos Aires, Argentina

## FORMULARIO MÉDICO

Nombre del alumno.....Curso.....  
DNIº.....Fecha de nacimiento.....Grupo sanguíneo.....  
Cobertura médica.....Nº.....  
Centro asistencial más cercano al colegio.....Tel.....

En caso de emergencia comunicarse con:

	Nombre	Teléfono	Relación / Parentesco
1.	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....

Nota: Si Ud. Desea autorizar a alguna de estas personas a retirar a su hijo en caso de emergencia, recordamos que debe registrar su firma en el formulario de datos importantes.

¿Su hijo padece o es propenso a alguno de estos signos? (Tachar lo que no corresponda. En caso afirmativo solicitamos ampliar la información.

ASMA	SÍ / NO .....
ALERGIA	SI / NO .....
CEFALEAS	SI / NO .....
CONVULSIONES	SI / NO .....
DESMAYOS/ PRESION ALTA	SI / NO .....
DIABETES	SI / NO .....
DISMENORREA	SI / NO .....
DESVIACIONES DE COLUMNA	SÍ / NO .....
PROBLEMAS ARTICULARES	SÍ / NO .....

¿Está bajo tratamiento con medicación prolongada?      SÍ / NO (Si es así, por favor explique)  
.....

Detalle cualquier enfermedad seria, accidentes, condiciones, discapacidades, operaciones, problemas nutricionales y/o requerimientos, experiencias psicológicas o emocionales o problemas que este niño/a haya tenido.  
.....  
.....

Para estar autorizado a practicar educación física su hijo/a necesita hacerse un chequeo médico completo. Por favor **presentar el certificado médico** correspondiente que tendrá validez por un año calendario.

NOTA: De ocurrir una emergencia médica de inmediato se llamará a los padres y al servicio de emergencias VITAL.

Las instituciones educativas **NO ESTAN AUTORIZADAS A MEDICAR**. Si su hijo estuviera bajo tratamiento deberá traer su medicación con las indicaciones e informar al personal del colegio.

Por favor entregue **copia del pan de vacunación** que su hijo/a ha completado.

Firma del Padre / Madre..... Fecha.....

Aclaración .....