



EJÉRCITO ARGENTINO

LiceoMilitar "General Roca"  
Servicio de Sanidad

## FICHA DE SALUD ANUAL

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Ficha de Salud del Alumno/a:</b><br><b>DNI:</b>   | <b>Grado/Año:</b><br><b>Fecha de nacimiento:</b> | <b>Otros problemas de salud:</b>  |
| <b>ANTECEDENTES MÉDICOS</b>  |  | <b>SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD</b>                         |
| <b>Hereditarios o Familiares:</b> Padre:.....<br><br>Madre:.....<br><br>Hermanos:.....   |  | <b>RECURRIR A: Clínicas – Hospital (Indicar según Obra Social)</b>        |
|  |  | <b>Dirección Particular:</b> <b>TEL:</b>                                  |
| <b>Personales: Padece o Padece Enfermedades Infectocontagiosas de la Infancia:</b> ..... <b>SI</b> <b>NO</b><br><br><b>Cuales?</b> .....   |  | <b>AVISAR A: Madre – Padre – Tutor</b> <b>TEL:</b>                        |
| <b>Sufre de Enfermedades Hereditarias:</b> ..... <b>SI</b> <b>NO</b><br><br><b>Cuales?</b> .....   |  | <b>Obra Social:</b> <b>Nº de Afiliado:</b>                                |
|  |  | <b>AUTORIZO A MI HIJO A REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA</b> <b>SI</b> <b>NO</b> |
| <b>Declaramos bajo juramento que los datos informados en la presente HISTORIA CLÍNICA son verídicos de acuerdo a nuestro leal saber y entender y nos comprometemos a informar al Servicio de Sanidad todo cambio en el estado de salud de mi hijo. Asimismo notificamos que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en los datos aportados corren bajo nuestra exclusiva responsabilidad.</b> |  |   |
| Autorizo a que mi hijo que sea asistido por el Servicio de Sanidad del Liceo Militar "Grl ROCA" toda vez que sea necesario y, cuando se requiera, por la Empresa de Emergencias contratada por el Instituto, como así también su traslado en caso de urgencia al centro de asistencia más cercano o de mayor complejidad.<br><b>SI</b> / <b>NO</b>   |  |   |
| <b>FIRMA:</b> .....  |  |   |
| <b>ACLARACIÓN:</b> .....   |  |   |
| <b>Vacunas (adjuntar fotocopias)</b>   |  |   |

*Para ser llenado exclusivamente por el Servicio de Sanidad*

## **RECONOCIMIENTO MEDICO**

*Ingreso al Instituto: Fecha:..... Peso:..... Talla:..... IMC:.....*

| <b>OBSERVACION</b>                     |       |
|--|-------|
| <i>Certificado de Salud:.....</i>      | ..... |
| <i>Certificado Bucodental:.....</i>    | ..... |
| <i>Certificado oftalmológico:.....</i> | ..... |
| <i>Audiometría:.....</i>               | ..... |
| <i>EEG:.....</i>                       | ..... |
| <i>ECG:.....</i>                       | ..... |
| <i>Laboratorio:.....</i>               | ..... |
| <i>Rayos x Torax:.....</i>             | ..... |
| <i>Rayos x Lumbosacra:.....</i>        | ..... |