



EJÉRCITO ARGENTINO

Liceo Militar "General Roca"
Servicio de Sanidad

FICHA DE SALUD ANUAL

Ficha de Salud del Alumno/a: DNI: Grado/Año:		Otros problemas de salud:	
Fecha de nacimiento:		SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD	
ANTECEDENTES MEDICOS		RECURRIR A: Clínicas _ Hospital (Indicar según Obra Social)	
HereditariosoFamiliares:Padre:.....		Dirección Particular: TEL:	
Madre:.....		AVISAR A:Madre–Padre–Tutor TEL:	
Hermanos:.....		Obra Social: N°deAfiliado:	
Personales:Padeció o Padece Enfermedades Infectocontagiosas de la Infancia:..... SI NO		AUTORIZO A MI HIJO A REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA SI NO	
Cuales?.....		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.	
Sufrede Enfermedades Hereditarias?:..... SI NO		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.	
Cuales?.....		SI / NO	
Grupo y Factor Sanguineo:.....		FIRMA:	
Sufre alguna clase de ALERGIAS? SI NO		ACLARACIÓN:	
En caso afirmativo, describa a que:			
Recibe tratamiento SI NO Especifique:			
Vacunas (adjuntar fotocopias)			

Para ser llenado exclusivamente por el Servicio de Sanidad

RECONOCIMIENTO MEDICO

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

Certificado de Salud:.....	OBSERVACION
Certificado Bucodental:.....	
Certificado oftalmológico:.....	
Audiometría:.....	
EEG:.....	
ECG:.....	
Laboratorio:.....	
Rayos x Torax:.....
Rayos x Lumbosacra:.....