



EJÉRCITO ARGENTINO
Dirección de Enseñanza Básica del Ejército



Liceo Militar "General Roca"
Servicio de Sanidad

FICHA DE SALUD ANUAL

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

