

FICHA MÉDICA
FORMULARIO DE SALUD DEL NIÑO PARA LA INSCRIPCIÓN CICLO LECTIVO 2027

El presente formulario tiene por objetivo obtener datos significativos del niño que permitan organizar los grupos de alumnos, a los efectos de brindar las condiciones adecuadas de enseñanza y aprendizaje, a fin de favorecer una educación personalizada.

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO PEDIATRA QUE ATIENDE AL NIÑO Y CONOCE SU HISTORIA CLÍNICA.

Apellido y nombre del niño:.....DNI.

Fecha de nacimiento:..... Domicilio..... Localidad:.....

Obra Social: Si ☐ No ☐ Nombre de la Obra Social:.....

Institución de salud donde recibe atención pediátrica: (Hospital, sanatorio, Clínica privada).....

Nombre del pediatra:.....

Examen Físico General:.....

Grupo Sanguíneo:.....Peso (Kg):.....Talla (cm):.....

CUD: Si ☐ No ☐

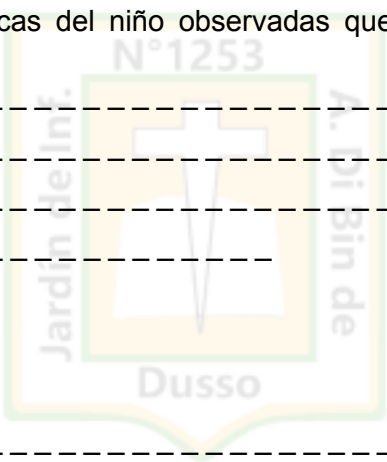
Marcar con una cruz, según el pediatra observe (SI) o no observe (NO) particularidades o desafíos en los siguientes aspectos del desarrollo del niño:

	SI	NO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
MOTRIZ				
VISUAL				
AUDITIVA				
LENGUAJE				
INTELECTUAL				
EMOCIONAL				
INTEGRACIÓN SOCIAL				

DERIVACIONES A OTROS PROFESIONALES (Marcar con X en caso positivo)

NEUROLOGÍA		
FONOAUDIOLOGÍA		
TERAPIA OCUPACIONAL		
PSICOLOGÍA		
PSICOPEDAGOGÍA		
OTRO		

Consideraciones particulares del pediatra frente a algunas características del niño observadas que requieran atención (derivaciones-recomendaciones)



Examinado por -----
Firma y sello

❖ En caso de que el niño/a esté realizando algún tratamiento es importante que los informes de los profesionales se entreguen a la institución.

Firma del Padre ----- Aclaración: -----

Firma de la Madre ----- Aclaración: -----

LA PRESENTE INFORMACIÓN TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

**DECLARACIÓN DE LAS FAMILIAS
(Anexo ficha médica)**

Santa Fe, _____ de 2.02__.

Los padres/tutores del niño _____ expresamos en el acto de inscripción de nuestro hijo al Jardín de Infantes N° 1.253 "Amáble Di Bin de Dusso", que observamos / no observamos en nuestro hijo conductas que nos llamen la atención.

Describimos tales conductas de la siguiente manera _____

Comunicamos al Jardín de Infantes que tales comportamientos de nuestro hijo motivaron / no motivaron una consulta profesional. (En caso afirmativo, colocar el/la o los/las profesionales con quien/es se realizó la consulta _____

--

Nos comprometemos a realizar las consultas profesionales que, en caso de ser necesarias, el Jardín de Infantes nos sugiera, a fin de favorecer el desarrollo y formación integral de nuestro hijo.

Firma del padre/ tutor

Firma de la madre/ tutora

Aclaración: _____

Aclaración: _____

D.N.I: _____

D.N.I: _____

Atento a las etapas del Proyecto Institucional de Inclusión y Atención a la Diversidad que implementa el Jardín de Infantes, se sugiere el correspondiente Compromiso.

IMPORTANTE: Cualquier patología no declarada, la institución podría disponer del turno y la docente / grupo. Pues los grupos de alumnos se configuran teniendo en cuenta uno de estos aspectos.