

FICHA MÉDICA 2027

Información confidencial para uso institucional



DATOS PERSONALES

Apellido y nombre: _____ Fecha de nacimiento:

Número de teléfono: _____ Género: ☐ M ☐ F ☐ X

Correo electrónico: _____ Dirección: _____

Documento: _____



CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Parentesco: _____

Número de teléfono: _____



INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL

Médico/a de cabecera: _____

Centro de salud: _____ Contacto: _____

Alergias

- ☐ No presenta
- ☐ Sí, ¿cuáles?

¿Has tenido reacciones graves (anafilaxia)?

- ☐ Sí ☐ No

Especificar: _____

Enfermedades crónicas o condiciones de salud

- ☐ No presenta
- ☐ Sí, ¿cuáles?

Medicación habitual

- ☐ No presenta
- ☐ Sí, ¿cuáles?

Dosis: _____

Horario: _____

Otras consideraciones importantes:

(ej: convulsiones, diabetes, asma, problemas cardíacos, auditivos, motores, etc.)



La información brindada reviste carácter de **DECLARACIÓN JURADA**.

IMPORTANTE: ANTE CUALQUIER CAMBIO RELEVANTE EN LA SALUD DEL/LA ESTUDIANTE DEBE ACTUALIZAR ÉSTA FICHA MÉDICA.

FICHA MÉDICA 2027

Información confidencial para uso institucional



CONDICIONES DEL NEURODESARROLLO Y/O APRENDIZAJE

La siguiente información tiene como objetivo acompañar el proceso educativo y promover la inclusión. Todos los datos son confidenciales.

¿Presenta alguna condición de neurodesarrollo, del aprendizaje del comportamiento?

☐ No presenta

☐ Sí, ¿cuáles?

Especificar: _____

Ejemplos (no excluyente):

- ☐ Condición del Espectro Autista (CEA)
- ☐ TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)
- ☐ Trastorno del lenguaje
- ☐ Dificultades Específicas del Aprendizaje (dislexia, discalculia, etc.)
- ☐ Trastornos del desarrollo de la coordinación
- ☐ Trastornos de ansiedad
- ☐ Discapacidad Intelectual
- ☐ Otro: _____

Información relevante para el acompañamiento pedagógico (fortalezas, desafíos, intereses, sensibilidades):

Adecuaciones, apoyos o estrategias que resultan útiles

(ej: instrucciones claras y breves, anticipación de cambios, apoyos visuales, tiempos adicionales, espacios tranquilos, etc.)



CONDICIONES SENSORIALES Y DE ACCESIBILIDAD

Marcar las opciones que correspondan y brindar información para garantizar la accesibilidad y los apoyos necesarios,

Discapacidad visual/ Baja visión/ No vidente

☐ No presenta

☐ Sí, ¿cuáles?

Utiliza:

- ☐ Bastón
- ☐ Perro guía
- ☐ Tecnologías de asistencia
- ☐ Otro: _____

Discapacidad auditiva/ Hipoacusia/ Sordera

☐ No presenta

☐ Sí, ¿cuáles?

Utiliza:

- ☐ Audífonos
- ☐ Implante coclear
- ☐ Lenguaje de señas
- ☐ Lectoescritura/ apoyo visual
- ☐ Otro: _____

Discapacidad del habla/ Comunicación

☐ No presenta

☐ Sí, ¿cuáles?

Utiliza:

- ☐ Lengua de señas
- ☐ Tableros/pictogramas
- ☐ Aplicaciones/ dispositivos tecnológicos
- ☐ Otro: _____

Información relevante: _____



La información brindada reviste carácter de **DECLARACIÓN JURADA**.

IMPORTANTE: ANTE CUALQUIER CAMBIO RELEVANTE EN LA SALUD DEL/LA ESTUDIANTE DEBE ACTUALIZAR ÉSTA FICHA MÉDICA.

FICHA MÉDICA 2027

Información confidencial para uso institucional



CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

¿Posee CUD?

☐ No

☐ Sí

Fecha de emisión: ____ / ____ / ____ Fecha de vencimiento: ____ / ____ / ____

N° de CUD: _____

Diagnóstico funcional o CIE-10: _____

Orientación prestacional: _____



AUTORIZACIONES

Autorizo al personal de la institución a brindar primeros auxilios, y/o a realizar derivaciones médicas que fueran necesarias en caso de urgencia, en caso de contactar a mi contacto de urgencia.

Firma (alumno/a)

Aclaración

Firma y sello del profesional de la salud

Fecha ____ / ____ / 202



La información brindada reviste carácter de **DECLARACIÓN JURADA**.

IMPORTANTE: ANTE CUALQUIER CAMBIO RELEVANTE EN LA SALUD DEL/LA ESTUDIANTE DEBE ACTUALIZAR ÉSTA FICHA MÉDICA.