|  |
| --- |
| **FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD****Ciclo lectivo 2018** |
|  |
| **DATOS DEL ALUMNO** |
| **Apellido/s y nombre/s: …………………………………………………………………………...** | **Curso: ………….** |
| **Lugar y fecha de nacimiento: …………………………………………………………………..** | **DNI: …………….** |
| **Domicilio: ………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **Teléfono: …………………………..** | **Celular del padre: …………………..** | **Celular de la madre: ……………...** |
| **Obra Social (adjuntar fotocopia del carnet): …………………………........ ………………………………………................................................................** | **Socio Nº: ....……………………………………………………………………** |
|  |
| **ANTECEDENTES** | **EXAMEN FÍSICO** |
| 1. **VACUNACIONES**
 | **Edad: …………** | **Peso: …………** | **Altura: ………..** |
| BCG | **SÍ** | **NO** | **Grupo Sanguíneo: ……………………………………......** |
| TRIPLE | **SÍ** | **NO** |  |
| DOBLE | **SÍ** | **NO** | 1. **EXAMEN RESPIRATORIO**
 |
| SABÍN | **SÍ** | **NO** | .................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| REFUERZO ANTITETÁNICA | **SÍ** | **NO** |
|  |
| 1. **ENFERMEDADES DE LA INFANCIA**
 |  |
| Sarampión | **SÍ** | **NO** | **2. EXAMEN CARDIOCIRCULATORIO** |
| Varicela | **SÍ** | **NO** | Auscultación: ……………………………………………..Frecuencia cardíaca: ……………………………………Tensión arterial: …………………………………………. |
| Rubeola | **SÍ** | **NO** |
| Escarlatina | **SÍ** | **NO** |
| Coqueluche (tos convulsa) | **SÍ** | **NO** |
| Parotiditis (paperas) | **SÍ** | **NO** |  |
| Otras ……………………………………… |  |  | 1. **EXAMEN OSTEOARTICULAR**
 |
|  | Columna vertebral: …………………………..................…………………………………………………………......Miembros superiores: ……………………………….......……………………………………………………………...Miembros inferiores: …………………………………….…………………………………………………………….. |
| **3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS** |
| Alergia/s | **SÍ** | **NO** |
| Especificar: …………………………................................…………………………………………………………….............................................................................................. |
|  |
| Diabetes | **SÍ** | **NO** |  |
| Tipo y medicación: ………………………………………...……………………………………………………………….……………………………………………………………….. | 1. **EXAMEN OFTALMOLÓGICO**
 |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
| Hepatitis | **SÍ** | **NO** |
|  |
| Asma | **SÍ** | **NO** |  |
|  | 1. **EXAMEN BUCODENTAL**
 |
| Traumatismos | **SÍ** | **NO** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Especificar: ………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………..... |
|  |
| Fracturas | **SÍ** | **NO** |  |
| Especificar: ……………………………………………………………………………………………...................................................................................................................……………………………………………………………….. | 1. **EXAMEN NEUROLÓGICO**
 |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
| Epilepsia o dirritmia | **SÍ** | **NO** |  |
| En caso afirmativo, indique cuál: …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..……………………………………………………………….. | 1. **OBSERVACIONES**
 |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Intervenciones quirúrgicas | **SÍ** | **NO** | ………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..……………………………………………………………….. |
| En caso afirmativo, indique cuál/es: …………………….………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..……………………………………………………………….. |
|  |
| Lesiones deportivas  | **SÍ** | **NO** |
| En caso afirmativo, indique cuál/es: …………………….………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..……………………………………………………………….. |
|  |
| Otra patología: ……………………………………………...………………………………………………………………..………………………………………………………………..……………………………………………………………….. |
|  |
| **4. MEDICACIÓN DE USO HABITUAL Y CAUSA** |
| ………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..……………………………………………………………….. |
|  |
|  |
| **APTO FÍSICO** |
| Certifico haber examinado a …………………………………………………………………………………….., quien desde el punto de vista clínico, y de acuerdo con los resultados de los exámenes, se encuentra apto/a para realizar actividades físicas de la currícula escolar.  |
| Sello y Nº de matrícula | Firma |
|  |  |

*Es responsabilidad de la familia comunicar a las autoridades del colegio cualquier modificación de la información brindada en esta ficha de salud.*

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………… | ………………………………………… |
| FIRMAPADRE - TUTOR | FIRMAMADRE - TUTOR |
| ………………………………………… | ………………………………………… |
| ACLARACIÓNPADRE - TUTOR | ACLARACIÓNMADRE - TUTOR |
| ………………………………………… | ………………………………………… |
| DNI | DNI |