|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.*

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………… | ………………………………………… |
| FIRMA  PADRE - TUTOR | FIRMA  MADRE - TUTOR |
| ………………………………………… | ………………………………………… |
| ACLARACIÓN  PADRE - TUTOR | ACLARACIÓN  MADRE - TUTOR |
| ………………………………………… | ………………………………………… |
| DNI | DNI |