



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 N°:

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		
2. ENFERMEDADES DE LA INFANCIA					
Sarampión	SÍ	NO	2. EXAMEN CARDIOCIRCULATORIO		
Varicela	SÍ	NO	Auscultación:		
Rubeola	SÍ	NO	Frecuencia cardíaca:		
Escarlatina	SÍ	NO	Tensión arterial:		
Coqueluche (tos convulsa)	SÍ	NO			
Parotiditis (paperas)	SÍ	NO	3. EXAMEN OSTEOARTICULAR		
Otras			Columna vertebral:		
3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS				
Alergia/s	SÍ	NO	Miembros superiores:		
Especificar:		
.....			Miembros inferiores:		
.....				
Diabetes	SÍ	NO	4. EXAMEN OFTALMOLÓGICO		
Tipo y medicación:		
.....				
.....				
Hepatitis	SÍ	NO			
Asma	SÍ	NO	5. EXAMEN BUCODENTAL		
Traumatismos				
Especificar:		
.....				
.....				
Fracturas	SÍ	NO	6. EXAMEN NEUROLÓGICO		
Especificar:		
.....				
.....				
Epilepsia o dirritmia	SÍ	NO	7. OBSERVACIONES		
En caso afirmativo, indique cuál:		
.....				
.....				
.....				



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	
<p>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.</p>	
Sello y N° 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

.....
ACLARACIÓN
PADRE - TUTOR

.....
DNI

.....
FIRMA
MADRE - TUTOR

.....
ACLARACIÓN
MADRE - TUTOR

.....
DNI