



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD
Ciclo lectivo 2019

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:		
.....				
.....				
.....				

