



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD
Ciclo lectivo 20....

FOTO

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°:
Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad: Lugar/Dirección/Teléfono:		
Grupo Sanguíneo:	Factor RH:	Peso:
Vacunación Completa (Incluye HPV):	SI NO	Estatura:

Consigne a continuación si el alumno presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar (tachar lo que no corresponda)

Anomalías Congénitas: Detallar:.....	SÍ	NO
Otras Anomalías que se deberían considerar: Detallar:.....	SÍ	NO
Alteraciones Neurológicas Detallar:.....	SÍ	NO
Alteraciones Emocionales Detallar:.....	SÍ	NO
Alteraciones en el Aparato Cardiovascular - Cardiopatías - Arritmias o Soplos - Circulatoria - Hipertensión Arterial - Hipercolesterolemia - Hemofílica Otras situaciones a considerar. Detallar.....	SI SI SI SI SI SI	NO NO NO NO NO NO
Alteraciones en el Aparato Respiratorio - Anomalías Respiratorias - Sinusitis - Anginas - Asma Bronquial Otras situaciones a considerar. Detallar.....	SI SI SI SI	NO NO NO NO
Alteraciones en el Estructura Abdominal - Hernias - Cirugías - Ulceras Gastroduodenal Otras situaciones a considerar. Detallar.....	SI SI SI	NO NO NO



INSTITUTO MEDALLA MILAGROSA (A-454)

Alteraciones en la Nutrición <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad - Alteraciones Digestivas - Celiacía Otras situaciones a considerar. Detallar.....	SI SI SI	NO NO NO
Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular <ul style="list-style-type: none"> - Fracturas - Luxaciones - Esguinces - Lesiones Ligamentosas - Lesiones Musculares o Tendinosas - Correcta organización Columna Vertebral Otras situaciones a considerar. Detallar.....	SI SI SI SI SI SI	NO NO NO NO NO NO
Ha padecido o padece en la actualidad <ul style="list-style-type: none"> - Convulsiones - Alteraciones en la Piel - Procesos Inflamatorios - Procesos Infecciosos - Diabetes - Dengue - Fiebre Reumática - Hepatitis - Mal de Chagas - Parotiditis - Tuberculosis - Vértigos/mareos Otras situaciones a considerar. Detallar.....	SI SI SI SI SI SI SI SI SI SI SI SI	NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO
Alergias Especificar y fechar:.....	SÍ	NO
Agudeza Visual Usa Lentes?.....	SÍ	NO
Evaluación Auditiva. Normal	SÍ	NO
Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez: <ul style="list-style-type: none"> - Cefaleas - Mareos - Vómitos - Cansancio Extremo - Dolor en el Pecho - Dificultad para respirar - Pérdida de conciencia Otros Síntomas, detallar.....	SI SI SI SI SI SI SI	NO NO NO NO NO NO NO
¿Toma alguna medicación en forma regular? (Motivo- Descripción- Fecha estimada inicio del tratamiento- Dosis- Administración)	SÍ	NO
¿Tiene contraindicado algún medicamento? Detallar:.....	SÍ	NO
¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? Desde (fecha)..... Motivo:	SÍ	NO
¿Ha sido internado alguna vez? ¿Cuándo? ¿Porqué?.....	SÍ	NO
¿Fue operado en algún momento? ¿Cuándo? ¿Porqué?.....	SÍ	NO



INSTITUTO MEDALLA MILAGROSA (A-454)

¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar? Especificar:.....	SÍ	NO
---	-----------	-----------

APTO FÍSICO (DEBE SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL)

Ciudad Autónoma de Bs. As., de de 20.....

Certifico haber examinado a, DNI..... deaños de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo

Sello y N° de matrícula	Firma

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.

Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

.....
FIRMA
PADRE - TUTOR

.....
ACLARACIÓN
PADRE - TUTOR

.....
DNI

.....
FIRMA
MADRE - TUTOR

.....
ACLARACIÓN
MADRE - TUTOR

.....
DNI

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