



FOTO

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

DATOS DEL ALUMNO/A

| | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Apellido/s y nombre/s: | | Sala: |
| Lugar y fecha de nacimiento: | | DNI: |
| Domicilio: | | |
| Teléfono: | Celular de contacto: | Celular de contacto: |
| 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: | SI NO | Estatura: |

Consigne a continuación si el alumno/a 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 / otras: Detallar: | SÍ | NO |
| Evaluación bucodental Normal | 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: | SÍ SÍ SÍ SÍ SÍ SÍ | NO NO NO NO NO NO |
| Alteraciones en el Aparato Respiratorio - Anomalías Respiratorias - Sinusitis - Anginas - Asma Bronquial Otras situaciones a considerar. Detallar: | SÍ SÍ SÍ SÍ | NO NO NO NO |
| Alteraciones en el Estructura Abdominal - Hernias - Cirugías - Ulceras Gastroduodenal Otras situaciones a considerar. Detallar: | SÍ SÍ SÍ | NO NO NO |



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



| | | |
|---|-----------|-----------|
| ¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno/a 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..... de.....años 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; salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de Educación Física, curriculares o extra curriculares y todas aquellas 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/a 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.

SIN APTO FÍSICO no podrá realizar actividad

.....
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.