



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2019

DATOS DEL ALUMNO

Apellido: _____ Nombres: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sala/grado/año: _____ Sección: A - B - C (redondee el correcto)

Grupo Sanguíneo: _____ Factor: _____

Obra Social: _____ N° afiliado: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

HISTORIA CLINICA

Enfermedades padecidas o es propenso hasta fecha
 (Redondee la respuesta correcta)

Sarampión Si - No	Asma Si - No
Hepatitis (tipo) Si - No	Bronquitis Si - No
Paperas Si - No	Resfrío Si - No
Poliomielitis Si - No	Afecciones del oído Si - No
Coqueluche (tos convulsa) Si - No	Afecciones de la nariz Si - No
Varicela Si - No	Afecciones de los ojos Si - No
Escarlatina Si - No	Convulsiones Si - No
5ta. Eruptiva Si - No	Sonambulismo Si - No
Rubéola Si - No	Desmayos Si - No
Epilepsia Si - No	Constipación Si - No
Sinusitis Si - No	Gastritis o Úlcera Si - No
Parotiditis Si - No	Escoliosis o enfermedades de la columna Si - No
Mononucleosis infecciosa Si - No	Hernias inguinales, crurales Si - No
Fiebre reumática Si - No	Esguinces o luxaciones Si - No
Enfermedades de los pulmones Si - No	Enfermedades psiquiátricas Si - No
Enfermedades de los intestinos Si - No	Enfermedades cardíacas Si - No
Enfermedades renales crónicas Si - No	Cardiopatías congénitas Si - No
Cólicos renales Si - No	Cardiopatías infecciosas Si - No
Anemia Si - No	Sangrado frecuente de nariz Si - No
Hipotensión Arterial Si - No	
Otros:	

ANTEDECENTES MÉDICOS

- Intervenciones quirúrgicas: Si - No ¿Cuáles? ¿Cuándo? _____
- Antecedentes traumatológicos: Si - No ¿Cuáles? _____
- Alergias: Si - No ¿Cuáles? _____
- Enfermedades cardíacas: Si - No ¿Cuáles? _____
- Vacunas actualizadas: Si - No (adjuntar fotocopia de las mismas)
- ¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente? Si - No
- ¿Por qué enfermedad? _____
- Toma medicación Si - No ¿Cuáles?, especificación médica _____
- ¿Lleva consigo medicación para utilizar en situaciones especiales? ¿Cuál? _____



- ¿Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol? Si - No
- ¿Presenta algún tipo de trastorno alimenticio? Si - No ¿Cuál? _____
- ¿Tiene algún tipo de régimen especial de alimentación? Si - No ¿Cuál? _____

SOLO PARA PRIMER GRADO:
Examen buco - dental Examen audiométrico Vacunas actualizadas a la fecha

SOLO PARA PRIMARIA
Control oftalmológico (de 1º a 7º grado)

SOLO ALUMNOS NUEVOS
Vacunas actualizadas a la fecha

APTO FÍSICO:

- Dejo constancia que se encuentra en condiciones de salud para asistir regularmente al colegio.

Si No (redondear lo que corresponda)

- Dejo constancia que se encuentra apto para realizar actividad física de esfuerzo adecuada a su edad y sexo, durante las clases y/o actividades de Educación Física programadas en el establecimiento en el horario correspondiente y de los lineamientos curriculares vigentes.

Si No (redondear lo que corresponda)

La presente ficha médica tiene un año de validez. Los datos consignados en la presente ficha revisten carácter de declaración jurada y es responsabilidad exclusiva de padres, tutores o personas a cargo del alumno informar por escrito cualquier circunstancia que modifique esta declaración.

Sello y Firma del Profesional

Teléfonos de fácil ubicación ante una emergencia (aclarar a quien corresponden):

1.- Celular (Padre):

2.- Celular (Madre):

3.- Trabajo (Padre):

4.- Trabajo (Madre):

5.- Familiar: 1) _____
2) _____
3) _____

Manifiesto que cualquier modificación del estado de salud del alumno informado en la presente ficha de salud, será notificado a la institución educativa.

Firma del Padre o tutor

Aclaración

Tipo y N° de documento

Firma del Madre o tutor

Aclaración

Tipo y N° de documento

FECHA LIMITE DE PRESENTACION: **VIERNES 15 DE MARZO DE 2019**