

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Nombre y Apellido del alumno/a:				
DNI:	Sala/Grado/Año:	Sección:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Médico/a Pediatra/de familia:			Teléfono de contacto:	
Cobertura médica:		Plan:	Número Afiliado/a	
Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:				
1.(Lugar-Dirección-Teléfono) _____				
2.(Lugar-Dirección-Teléfono) _____				
En caso de Emergencia comunicarse con:				
1.(Nombre y Apellido, vínculo, teléfono de contacto) _____				
2.(Nombre y Apellido, vínculo, teléfono de contacto) _____				
Información General:				
Grupo Sanguíneo:	Factor RH:	Peso:	kg	Estatura: cm

Consigne a continuación si el/la estudiante 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.

* Anomalías congénitas:	SI	NO	* Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular
Detallar _____			Fracturas SI NO
			Luxaciones SI NO
* Otras anomalías que se debieran considerar:			Esguinces SI NO
Detallar _____			Lesiones Ligamentosas SI NO
			Lesiones Musculares o Tendinosas SI NO
* Alteraciones Neurológicas:	SI	NO	Correcta organización Columna vertebral SI NO
Detallar _____			Otras situaciones a considerar, detallar _____
* Alteraciones Emocionales:	SI	NO	* Ha padecido o padece en la actualidad:
Detallar _____			Convulsiones SI NO
			Alteración en la Piel SI NO
* Alteraciones en el Aparato Cardiovascular:			Procesos Inflamatorios SI NO
Cardiopatías congénitas o infecciosas SI NO	SI	NO	Procesos Infecciosos SI NO
Arritmias y soplos SI NO	SI	NO	Diabetes SI NO
Circulatoria SI NO	SI	NO	Dengue SI NO
Hipertensión Arterial SI NO	SI	NO	Fiebre Reumática SI NO
Hipercolesterolemia SI NO	SI	NO	Hepatitis SI NO
Hemofilia SI NO	SI	NO	Mal de Chagas SI NO
Otras situaciones a considerar, detallar _____			Parotiditis SI NO
			Tuberculosis SI NO
* Alteraciones en el Aparato Respiratorio			Vértigos/mareos SI NO
Anomalías Respiratorias SI NO	SI	NO	Otras situaciones a considerar, detallar _____
Sinusitis SI NO	SI	NO	
Anginas SI NO	SI	NO	* Alergias SI NO
Asma Bronquial SI NO	SI	NO	Especificar y fechar _____
Otras situaciones a considerar, detallar _____			
			* Agudeza visual ¿Usa lentes? SI NO
* Alteraciones en la Estructura Abdominal			* Evaluación auditiva. Normal SI NO
Hernias SI NO	SI	NO	* Durante o inmediatamente después de la realización física ha padecido alguna vez:
Cirugías SI NO	SI	NO	Cefaleas SI NO
Úlcera Gastroduodenal SI NO	SI	NO	Mareos SI NO
Otras situaciones a considerar, detallar _____			Vómitos SI NO
* Alteraciones en la Nutrición			Cansancio Extremo SI NO
Alteraciones Digestivas SI NO	SI	NO	Dolor en el Pecho SI NO
Celiaquía SI NO	SI	NO	Dificultad para respirar SI NO
Otras situaciones a considerar, detallar _____			Pérdida de conciencia SI NO
			Otros síntomas, detallar

* ¿Toma alguna medicación en forma regular?			
(Motivo-Descripción-Fecha estimada inicio del tratamiento-Dosis-Administración)			
* ¿Ha sido internado alguna vez?	SI	NO	¿Cuándo? ¿Por qué?
* ¿Fue operado en algún momento?	SI	NO	¿Cuándo? De qué?
* En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno/a que corresponda informar?			
Especificar:			
* ¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad?	SI	NO	
Desde (fecha)			
Motivo:			

* Se deberá adjuntar:
Vacunas actualizadas hasta la fecha para los/as alumnos/as de TODOS los niveles (Inicial, Primaria y Secundaria)
Control oftalmológico para alumnos/as de 1º a 7º grado.
Examen buco-dental y examen audiométrico sólo para alumnos/as de 1º grado.

OBSERVACIONES:

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

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 la ficha de antecedentes de salud remitida al Establecimiento Educativo.

Fecha - Firma, aclaración y documento de identidad de progenitor 1

Fecha - Firma, aclaración y documento de identidad de progenitor 2

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ (Fecha).

Certifico que _____ 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; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la 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.

Firma y sello de Médico/a Interviniente _____

Opcional: Dirección de correo electrónico – Teléfono de contacto _____