

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Nombre del alumno:..... Año:.....
 Fecha de nacimiento:..... Edad actual..... DNI.....
 Médico/Pediatra de la familia..... Tel de contacto.....
 Cobertura Médica:..... Plan..... Afiliado N°:.....
 Teléfono de la cobertura:.....
 Teléfonos de contacto en caso de emergencia médica (Padre, madre, tutor o abuelos) – Aclarar nombre, apellido, vínculo:.....

ANTECEDENTES

GRUPO SANGUÍNEO.....FACTOR.....PESO (Kg).....ESTATURA (cm).....VACUNACIÓN COMPLETA (INCLUYE HPV): SI - NO

*AGUDEZA VISUAL ¿USA LENTES?	SI	NO	*EVALUACIÓN AUDITIVA NORMAL	SI	NO
*ANOMALÍAS CONGENITAS	SI	NO	*ALTERACIONES NEUROLÓGICAS	SI	NO
DETALLAR			DETALLAR		
*OTRAS ANOMALÍAS QUE SE DEBERÍAN CONSIDERAR			*ALTERACIONES EMOCIONALES	SI	NO
DETALLAR			DETALLAR		
*ALTERACIONES EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR			*ALTERACIONES EN EL SISTEMA RESPIRATORIO		
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS O INFECCIOSAS	SI	NO	ANOMALÍAS RESPIRATORIAS	SI	NO
ARRITMIAS O SOPLOS	SI	NO	SINUSITIS	SI	NO
CIRCULATORIA	SI	NO	ANGINAS	SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	NO	ASMA BRONQUIAL	SI	NO
HIPERCOLESTEROLEMIA	SI	NO	ALERGIAS	SI	NO
HEMOFÍLICA	SI	NO	ESPECIFICAR Y FECHAR		
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR			OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR		
DETALLAR			DETALLAR		
*ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA ABDOMINAL			*ALTERACIONES EN LA NUTRICIÓN		
HERNIAS	SI	NO	OBESIDAD	SI	NO
CIRUGÍAS	SI	NO	ALTERACIONES DIGESTIVAS	SI	NO
ÚLCERAS GASTRODUODENAL	SI	NO	CELIAQUÍA	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR			OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR		
DETALLAR			DETALLAR		
*ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA MUSCULAR Y OSTEOARTICULAR					
FRACTURAS	SI	NO	LESIONES LIGAMENTOSAS	SI	NO
LUXACIONES	SI	NO	LESIONES MUSCULARES O TENDINOSAS	SI	NO
ESGUINCES	SI	NO	CORRECTA ORGANIZACIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR					
DETALLAR					
*HA PADECIDO O PADECE EN LA ACTUALIDAD					
CONVULSIONES	SI	NO	FIEBRE REUMÁTICA	SI	NO
ALTERACIONES EN LA PIEL	SI	NO	HEPATITIS	SI	NO
PROCESOS INFLAMATORIOS	SI	NO	MAL DE CHAGAS	SI	NO
PROCESOS INFECCIOSOS	SI	NO	PAROTIDITIS	SI	NO
DIABETES	SI	NO	TUBERCULOSIS	SI	NO
DENGUE	SI	NO	VÉRTIGOS/MAREOS	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR					
DETALLAR					
*DURANTE O INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA HA PADECIDO ALGUNA VEZ					
CEFALEAS	SI	NO	DOLOR EN EL PECHO	SI	NO
MAREOS	SI	NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	SI	NO
VÓMITOS	SI	NO	PÉRDIDA DE CONCIENCIA	SI	NO
CANSANCIO EXTREMO	SI	NO	OTROS SÍNTOMAS		
¿HA SIDO INTERNADO ALGUNA VEZ?	SI	NO	¿FUE OPERADO EN ALGÚN MOMENTO?	SI	NO
¿CUÁNDO?¿POR QUÉ?			¿CUÁNDO?¿DE QUÉ?		
¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN EN FORMA REGULAR?					
MOTIVO - DESCRIPCIÓN - FECHA ESTIMADA DEL INICIO DEL TRATAMIENTO - DOSIS- ADMINISTRACIÓN					
DETALLAR					
EN LA ACTUALIDAD: ¿EXISTE ALGUNA OTRA SITUACIÓN VINCULADA CON LA SALUD DEL ALUMNO QUE CORRESPONDA INFORMAR?					
ESPECIFICAR					

OBSERVACIONES

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

Autorizamos al Servicio de Emergencias contratado por el Establecimiento Educativo 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 variaran algunos de los datos consignados en las fichas de antecedentes remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha:/...../.....

Firma y aclaración de la Madre: (DNI:)

Firma y aclaración del Padre: (DNI:)

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,/...../.....

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 en 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 del Médico Interviniente

OPCIONAL

Dirección de correo electrónico:

Teléfono de contacto: