



**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - ACTUALIZACIÓN**  
( Tachar el que NO corresponda)

Fecha de actualización: .....

Nombre y Apellido del alumno/a: ..... Año y División: .....

Médico Pediatra/de familia: ..... Teléfono de contacto: .....

Cobertura Médica: ..... Plan: ..... Número de afiliado: .....

**Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:**

1.

Lugar: .....

Dirección: .....

Teléfono: .....

2.

Lugar: .....

Dirección: .....

Teléfono: .....

3.

Lugar: .....

Dirección: .....

Teléfono: .....

**En caso de Emergencia comunicarse con:**

1.

Apellido y nombre: .....

Vínculo: .....

Teléfonos de contacto: .....

2.

Apellido y nombre: .....

Vínculo: .....

Teléfonos de contacto: .....

<b>Información General:</b>		
Peso .....kg. Estatura:..... cm		
<b>¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Desde (fecha):.....		
Motivo:.....		
<b>¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Detallar:.....		
<b>¿Ha sido Internado o sufrido lesiones de consideración en el último año?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Detallar:.....		
<b>¿En el último año, ha sido intervenido quirúrgicamente?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Detallar:.....		
<b>¿Toma alguna medicación?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Motivo:.....		
Descripción:.....		
Fecha estimada inicio del tratamiento:.....		
Dosis:.....		
Administración:.....		
<b>¿Tiene contraindicado algún medicamento?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Detallar:.....		
<b>¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Detallar:.....		
<b>¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Especificar:		

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 y aclaración.....

DNI de padre/madre/responsable.....

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