



FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

( Tachar lo que NO corresponda)

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

Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO): ...../...../..... Edad actual:..... años.

DNI N°:.....

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:.....

**Información General:**

Grupo Sanguíneo:.....Factor RH..... Peso .....kg Estatura..... cm.

Vacunación Completa (incluye HPV) 

SI	NO
----	----

**Consigne a continuación si el 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	Detallar:
Otras anomalías que se debieran considerar. Detallar:.....			
.....			
Alteraciones Neurológicas	SI	NO	Detallar:.....
Alteraciones Emocionales	SI	NO	Detallar:.....
<b>Alteraciones en el Aparato Cardiovascular</b>			
Cardiopatías congénitas o Infecciosas	SI	NO	
Arritmias o soplos	SI	NO	
Circulatoria	SI	NO	
Hipertensión Arterial	SI	NO	
Hipercolesterolemia	SI	NO	
Hemofílica	SI	NO	
Otras situaciones a considerar, detallar:.....			
<b>Alteraciones en el Aparato Respiratorio</b>			
Anomalías Respiratorias	SI	NO	
Sinusitis	SI	NO	
Anginas	SI	NO	
Asma Bronquial	SI	NO	
Otras situaciones a considerar, detallar:.....			
<b>Alteraciones en la Estructura Abdominal</b>			
Hernias	SI	NO	
Cirugías	SI	NO	
Úlceras Gastroduodenal	SI	NO	
Otras situaciones a considerar, detallar:.....			
<b>Alteraciones en la Nutrición</b>			
Obesidad	SI	NO	
Alteraciones Digestivas	SI	NO	
Celiaquía	SI	NO	
Otras situaciones a considerar, detallar:.....			
<b>Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular</b>			
Fracturas	SI	NO	
Luxaciones	SI	NO	
Esguinces	SI	NO	
Lesiones Ligamentosas	SI	NO	
Lesiones Musculares o Tendinosas	SI	NO	
Correcta organización Columna vertebral	SI	NO	
<b>Ha padecido o padece en la actualidad:</b>			
Convulsiones	SI	NO	
Alteraciones en la Piel	SI	NO	
Procesos Inflamatorios	SI	NO	
Procesos Infecciosos	SI	NO	
Diabetes	SI	NO	
Dengue	SI	NO	
Fiebre reumática	SI	NO	
Hepatitis	SI	NO	
Mal de Chagas	SI	NO	
Parotiditis	SI	NO	
Tuberculosis	SI	NO	
Vértigos/mareos	SI	NO	
Otras situaciones a considerar, detallar:.....			
<b>Alergias</b>			
Especificar y fechar:.....			

<b>Agudeza visual.</b>		
¿Usa lentes?	SI	NO
<b>Evaluación auditiva.</b>		
Normal	SI	NO
<b>Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:</b>		
Cefaleas	SI	NO
Mareos	SI	NO
Vómitos	SI	NO
Cansancio extremo	SI	NO
Dolor en el Pecho	SI	NO
Dificultad para respirar	SI	NO
Pérdida de conciencia	SI	NO
Otros síntomas, detallar:.....		
<b>¿Toma alguna medicación en forma regular?</b>	SI	NO
Motivo:.....		
Descripción:.....		
Fecha estimada inicio del tratamiento:.....		
Dosis:.....		
Administración:.....		
<b>¿Ha sido Internado alguna vez?</b>	SI	NO
¿Cuándo?:.....		
¿Por qué?:.....		
<b>*¿Fue Operado en algún momento?</b>	SI	NO
¿Cuándo? :.....		
¿De qué?.....		
<b>¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?</b>		
Especificar:		
<b>OBSERVACIONES</b>		
Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo 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 las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.		

**DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DEL MEDICO , AUTORIZO A MI HIJO/A A PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACION FISICA, DANDOME POR NOTIFICADO Y PRESTANDO CONFORMIDAD A TODO LO MENCIONADO EN ESTA FICHA MEDICA**

Firma y aclaración del padre/madre o responsable.....

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

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