

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2023

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			Procesos Infecciosos _____ SI NO
Arritmias y soplos _____ SI NO			Diabetes _____ SI NO
Circulatoria _____ SI NO			Dengue _____ SI NO
Hipertensión Arterial _____ SI NO			Fiebre Reumática _____ SI NO
Hipercolesterolemia _____ SI NO			Hepatitis _____ SI NO
Hemofílica _____ 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			Otras situaciones a considerar, detallar _____
Sinusitis _____ SI NO			
Anginas _____ SI NO			* Alergias _____ SI NO
Asma Bronquial _____ 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			* Durante o inmediatamente después de la realización física ha padecido alguna vez:
Cirugías _____ SI NO			Cefaleas _____ SI NO
Úlcera Gastroduodenal _____ SI NO			Mareos _____ SI NO
Otras situaciones a considerar, detallar _____			Vómitos _____ SI NO
			Cansancio Extremo _____ SI NO
* Alteraciones en la Nutrición			Dolor en el Pecho _____ SI NO
Alteraciones Digestivas _____ SI NO			Dificultad para respirar _____ SI NO
Celiaquía _____ SI NO			Pérdida de conciencia _____ SI NO
Otras situaciones a considerar, detallar _____			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)
Fotocopia Carnet de Vacunación COVID 19
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 FISICA

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 _____