



FICHA ANTECEDENTES DE SALUD –NIVEL SECUNDARIO

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

Curso: DNI N°:

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

Médico Pediatra/de familia: Teléfono de contacto:

Cobertura Médica: Plan: Número Afiliado:

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:

Apellido y nombre: Vínculo:

Teléfonos de contacto:

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:		
Alteraciones en el Aparato Cardiovascular		
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:		
Alteraciones en el Aparato Respiratorio		
Anomalías Respiratorias	SI	NO
Sinusitis	SI	NO
Anginas	SI	NO
Asma Bronquial	SI	NO
Otras situaciones a considerar, Detallar:		
Alteraciones en la Estructura Abdominal		
Hernias	SI	NO
Cirugías	SI	NO
Úlceras Gastroduodenal	SI	NO
Otras situaciones a considerar, Detallar:		
Alteraciones en la Nutrición		
Obesidad	SI	NO
Alteraciones Digestivas	SI	NO
Celiaquía	SI	NO
Otras situaciones a considerar, Detallar:		
Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular Fracturas		
Luxaciones	SI	NO

Esguinces	SI	NO
Lesiones Ligamentosas	SI	NO
Lesiones Musculares o Tendinosas	SI	NO
Correcta organización Columna vertebral	SI	NO
Otras situaciones a considerar, Detallar:		
Ha padecido o padece en la actualidad:		
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:		
Alergias		
Especificar y fechar:		
Agudeza visual. ¿Usa lentes?	SI	NO
Evaluación auditiva. Normal	SI	NO
Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:		
Cefaleas	SI	NO
Mareos	SI	NO
Vómitos	SI	NO
Cansancio extremo	SI	NO
Dolor en el Pecho	SI	NO
Pérdida de conciencia	SI	NO
Otras situaciones a considerar, Detallar:		
¿Toma alguna medicación en forma regular?	SI	NO
(Motivo – Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración) Detallar:		
¿Ha sido Internado alguna vez?	SI	NO
¿Cuándo? ¿Por qué? Detallar:		
¿Fue Operado en algún momento?	SI	NO
¿Cuándo? ¿De qué?		

¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?
Especificar:

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.

Fecha:

Firma, aclaración y DNI de los progenitores:

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA - MÉDICO

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 del Médico Interviniente

Opcional: Dirección de correo electrónico – Teléfono de contacto