

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - NIVEL SECUNDARIO

(Entregar original y 2 fotocopias)



Nombre y Apellido:		Curso:
Domicilio:		Tel:
DNI:	Edad:	Fecha de Nac:
Grupo Sanguíneo:	Peso:	Estatura:

En caso de EMERGENCIA comunicarse con: (Nombre, Vínculo, Tel.)

* _____

* _____

* _____

Cobertura Médica:	Plan y Nº de afiliado:
Médico Pediatra/de Familia:	Tel:
Centro Médico en el que prefiere ser atendido en caso de necesidad: (Lugar, Dirección, Tel)	
* _____	

HISTORIA CLÍNICA (Respuestas afirmativas detallar y especificar fecha)

Anomalías Congénitas: SI - NO

Anomalías Neurológicas: SI - NO

Anomalías Emocionales: SI - NO

Alteraciones Cardiovasculares: Cardiopatías Congénitas SI - NO Cardiopatías Infecciosas SI - NO Arritmias y Soplos SI - NO Circulatorias SI - NO Hipertensión Arterial SI - NO Hipercolesterolemia SI - NO Hemofilia SI - NO Otras:	Alteraciones Abdominales: Hernias SI - NO Ulceras Gastroduodenal SI - NO Enfermedades renales SI - NO Enfermedades Ginecológicas SI - NO Otras: SI - NO Alteraciones Nutricionales: Obesidad: SI - NO Alteraciones Digestivas SI - NO Trastornos de Alimentación SI - NO Celiaquía SI - NO Otras:	Ha padecido o padece: Convulsiones SI - NO Desmayos 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 Vértigo / Mareos SI - NO Anemia SI - NO Sangrado frecuente de nariz SI - NO Cefaleas SI - NO Otras:
Alteraciones Respiratorias: Anomalías Respiratorias SI - NO Sinusitis SI - NO Anginas SI - NO Asma Bronquial SI - NO Otras: SI - NO	Alteraciones Estructurales: Fracturas SI - NO Luxaciones o Esguinces SI - NO Lesiones Musculares SI - NO Lesiones Ligamentosas SI - NO Lesiones Tendinosas SI - NO Enfermedades de la Columna SI - NO Otras:	

Alergias: SI - NO		
Agudeza Visual: Usa lentes SI - NO	Evaluación Auditiva: Normal SI - NO	Calendario de Vacunación completo: Si - NO (Incluye HPV: SI - NO)

¿Toma alguna medicación en forma regular? (Motivo, Descripción, Fecha de inicio, Dosis, Administración) SI - NO
¿Lleva consigo medicación para utilizar en situaciones especiales? (Motivo, Descripción, Dosis, Administración) SI - NO
¿Ha sido internado alguna vez? ¿Cuándo y Porqué? SI - NO
¿Fue operado en algún momento? ¿Cuándo y Porqué? SI - NO
¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? (Fecha de inicio, Motivo) SI - NO
¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar? SI - NO

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud son verídicos. Nos comprometemos a notificar a las autoridades del colegio, 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. Así mismo, autorizamos al Servicio de Emergencias contratado por el colegio a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Fecha	Firma y aclaración de Padre, Madre o Tutor	DNI
-------	--	-----

Fecha	Firma y aclaración de Padre, Madre o Tutor	DNI
-------	--	-----

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA:

Certifico que _____ DNI _____ de _____ años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizado los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes, salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de Educación Física, sean las mismas de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extracurriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Lugar y Fecha	Firma y sello del profesional
---------------	-------------------------------