

## FICHA ANTECEDENTES DE SALUD –NIVEL SECUNDARIO

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

### ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Nombre y Apellido del alumno/a	DNI N°
Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO)	Edad actual en años
Dirección	Teléfono
mail	

Nombre y Apellido de la madre	DNI N°
Dirección	Teléfono
mail	

Nombre y Apellido del padre	DNI N°
Dirección	Teléfono
mail	

### DATOS MÉDICOS

Cobertura Médica	Plan	Número Afiliado
Médico Pediatra/de familia	Teléfono de contacto	
Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:		
1.- (Lugar – Dirección – Teléfono)		
2.- (Lugar – Dirección – Teléfono)		

<b>En caso de Emergencia comunicarse con:</b>		
Apellido y nombre	Vínculo	Teléfonos de contacto

<b>Información General</b>			
Grupo Sanguíneo	Factor RH	Peso (en kg)	Estatura (en cm)
Vacunación completa (incluye HPV) : SI – NO (tachar lo que no corresponde)			

<b>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</b>			
Anomalías Congénitas	Si	No	Detallar
Otras anomalías que se debieran considerar	Si	No	
Alteraciones Neurológicas	Si	No	
Alteraciones Emocionales	Si	No	
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	Si	No	
	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
Alergias: especificar y fechar:					
Otras situaciones a considerar, detallar:					

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
	Dificultad para respirar		SI	NO
	Pérdida de conciencia		SI	NO
	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?	¿Porqué?
¿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:	

**OBSERVACIONES**

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 documento de identidad de los progenitores:.....

**CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,.....

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:.....