



FICHA ANTECEDENTES DE SALUD 2023



Apellido y nombre:.....
D.N.I: Fecha de Nacimiento:/...../.....
Domicilio:.....
Tel.:..... Celular:
Grado:..... División:.....
Edad actual:

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)
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. Si la respuesta es sí, por favor especificar y fechar.

Anomalías Congénitas: SI NO

Detallar:

Otras anomalías que se debieran considerar: SI NO

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

- 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 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Alteraciones en la Piel | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Hepatitis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Procesos Inflamatorios | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Mal de Chagas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Procesos Infecciosos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Parotiditis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dengue | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Vértigos/mareos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Otras situaciones a considerar, detallar:
.....

Alergias: SI NO 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

Dolor en el Pecho SI NO

Mareos SI NO

Dificultad para respirar SI NO

Vómitos SI NO

Pérdida de conciencia SI NO

Cansancio extremo SI NO

Otros síntomas, detallar:

¿Toma alguna medicación en forma regular? SI NO

(Motivo – Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración)

¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO

Detallar:

¿Ha sido Internado alguna vez? SI NO

¿Cuándo? ¿Por qué?

¿Fue operado en algún momento? SI NO

¿Cuando? ¿De qué?

¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI NO

Desde (fecha):/...../..... Motivo:

¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad? SI NO

Detallar:

¿Ha sido sufrido lesiones de consideración en el último año? SI NO

Detallar:

¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? SI NO

Detallar:

¿En la actualidad, existe alguna 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.

Autorizamos al Servicio de Emergencias contratado por el Colegio a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

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.

Firma y aclaración de los progenitores:

Documento de identidad:

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

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

CABA,(Fecha)

Certifico queDNI 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 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

"Se hace saber a Uds. que, conforme lo previsto por la Disposición 335 emanada de la Dirección General de Educación de Gestión Privada del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la no presentación de la ficha y/o certificado médico, determina que el alumno NO podrá participar activamente en clases prácticas de la asignatura, lo que no exime su obligación de concurrir a clase.-"

Asimismo, se les informa que la fecha límite para presentar la documentación solicitada, será el viernes 25 de febrero de 2022.