



FICHA ANTECEDENTES DE SALUD 202...

INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

Fecha:

Nombre y Apellido del alumno/a:

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):

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 (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

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 Estruct. Abdominal: Hernias **SI - NO** Cirugías **SI - NO** Ulceras 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**

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** 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.

.....
Firma del padre

.....
Aclaración

.....
DNI

.....
Firma del madre

.....
Aclaración

.....
DNI

.....
Firma del médico

.....
Aclaración

.....
Matrícula

Fecha: