



CABA,.....

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD
Formulario por cumplimentar por el facultativo que atiende al alumno.

Apellido y nombre del alumno:.....

Grado y división:..... Edad:.....

V A C U N A S	Antitetánica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha:...../...../.....	Grupo Sanguíneo	Plan de salud
		Grupo:..... Obra social o prepaga
		Factor:..... N° de afiliado

Enfermedades, alergias y tratamientos:

- 1) a) ¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente? SI NO
b) ¿Por qué enfermedad?
- 2) a) ¿Toma actualmente algún medicamento? SI NO
b) ¿Cuál?
- c) ¿Qué dosis y frecuencia diaria?
- 3) a) ¿Tuvo algún accidente, cirugía, internación o procedimiento médico en el último año? SI NO
b) ¿Por qué motivo? (diagnóstico)

4) ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades? (Marcar con una X – indicar en qué momento se padecieron)

X	Descripción	Fecha	X	Descripción	Fecha	X	Descripción	Fecha
<input type="checkbox"/>	Alergia ¿cuáles?		<input type="checkbox"/>	Fracturas ¿cuáles?		<input type="checkbox"/>	Problemas de alimentación	
<input type="checkbox"/>	Gastritis		<input type="checkbox"/>	Hernias ¿cuáles?		<input type="checkbox"/>	Diabetes	
<input type="checkbox"/>	Úlcera		<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los pulmones		<input type="checkbox"/>	Convulsiones	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis		<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los intestinos		<input type="checkbox"/>	Epilepsia	
<input type="checkbox"/>	Mononucleosis infecciosa		<input type="checkbox"/>	Enfermedades renales crónicas		<input type="checkbox"/>	Enfermedades psiquiátricas	
<input type="checkbox"/>	Sarampión		<input type="checkbox"/>	Cólicos renales		<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardíacas	
<input type="checkbox"/>	Parotiditis		<input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias		<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	
<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática		<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los huesos		<input type="checkbox"/>	Anemia	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la columna ¿cuál?		<input type="checkbox"/>	Enfermedad en las articulaciones		<input type="checkbox"/>	Procesos inflamatorios	
<input type="checkbox"/>	Esguinces		<input type="checkbox"/>	Colesterol alto		<input type="checkbox"/>	Procesos infecciosos	
<input type="checkbox"/>	Luxaciones		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Otros:	

5) Padece alguna enfermedad de carácter reservado? SI NO
Describir

6) ¿Tiene algún alimento no aconsejado por indicación médica? SI NO
Describir (en caso afirmativo adjuntar certificado médico)

7) ¿Está apto para realizar actividades físicas? SI NO
Observaciones de interés para los responsables

AUTORIZACIÓN: Los abajo firmantes nos responsabilizamos de la veracidad de los datos en esta ficha, la cual es una declaración jurada de nuestro/a hijo/a. Nos comprometemos también a notificar cualquier modificación que ocurra; asimismo autorizamos a que se le brinde atención médica urgente a nuestro/a hijo/a cuando la necesite.
El Instituto Santa María no se hace responsable de los datos que no se notifiquen por escrito en esta ficha.

.....
Fecha Firma del padre Firma de la madre Firma y sello del médico