



**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**  
**Ciclo lectivo 20....**

**DATOS DEL ALUMNO**

Apellido/s y nombre/s: .....		Curso: .....
Lugar y fecha de nacimiento: .....		DNI: .....
Domicilio: .....		
Teléfono: .....	Celular del padre: .....	Celular de la madre: .....
Obra Social (adjuntar fotocopia del carnet): .....		Socio N°: .....

ANTECEDENTES			EXAMEN FÍSICO		
<b>1. VACUNACIONES</b>			Edad: .....	Peso: .....	Altura: .....
BCG	SÍ	NO	Grupo Sanguíneo: .....		
TRIPLE	SÍ	NO	<b>1. EXAMEN RESPIRATORIO</b>		
DOBLE	SÍ	NO	.....		
SABÍN	SÍ	NO	.....		
REFUERZO ANTITETÁNICA	SÍ	NO	.....		
<b>2. ENFERMEDADES DE LA INFANCIA</b>			<b>2. EXAMEN CARDIOCIRCULATORIO</b>		
Sarampión	SÍ	NO	Auscultación: .....		
Varicela	SÍ	NO	Frecuencia cardíaca: .....		
Rubeola	SÍ	NO	Tensión arterial: .....		
Escarlatina	SÍ	NO	<b>3. EXAMEN DIGESTIVO</b>		
Coqueluche (tos convulsa)	SÍ	NO	.....		
Parotiditis (paperas)	SÍ	NO	.....		
Otras .....			.....		
<b>3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b>			<b>4. EXAMEN OSTEOARTICULAR</b>		
Alergia/s	SÍ	NO	Columna vertebral: .....		
Especificar: .....			.....		
Diabetes	SÍ	NO	Miembros superiores: .....		
Tipo y medicación: .....			.....		
Hepatitis	SÍ	NO	Miembros inferiores: .....		
Asma	SÍ	NO	.....		
Traumatismos	SÍ	NO	<b>5. EXAMEN DE PIEL</b>		
Especificar: .....			.....		
Fracturas	SÍ	NO	<b>6. EXAMEN OFTALMOLÓGICO</b>		
Especificar: .....			.....		
Epilepsia o dirritmia	SÍ	NO	<b>7. EXAMEN BUCODENTAL</b>		
			.....		



En caso afirmativo, indique cuál: .....			<b>8. EXAMEN NEUROLÓGICO</b>
.....			
Intervenciones quirúrgicas	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	.....
En caso afirmativo, indique cuál: .....			
.....			<b>9. OBSERVACIONES</b>
Lesiones deportivas	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	
En caso afirmativo, indique cuál: .....			..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
.....			
Otra patología: .....			
.....			
<b>4. MEDICACION DE USO HABITUAL Y CAUSA</b>			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

<b>APTO FÍSICO</b>	
Certifico haber examinado a ....., quien desde el punto de vista clínico se encuentra apto para realizar actividades físicas de la currícula escolar.	
Sello y N° de matrícula	Firma

Los abajo firmantes nos responsabilizamos acerca de la veracidad de los datos consignados por nosotros en el presente documento y nos comprometemos a notificar cualquier modificación en el estado de salud de nuestro hijo.

.....	.....
FIRMA PADRE - TUTOR	FIRMA MADRE - TUTORA
.....	.....
ACLARACIÓN PADRE - TUTOR	ACLARACIÓN MADRE - TUTORA
.....	.....
DNI	DNI

**ADJUNTAR a la ficha de salud:**  
**fotocopia del DNI, del carnet de vacunación y del CARNET DE LA OBRA SOCIAL**

**FECHA LÍMITE DE ENTREGA: 08/03/2019**  
 En caso de no presentar la Ficha de Salud los alumnos no podrán realizar actividad física y se computará el ausente correspondiente a la clase de Educación Física.