



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** 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**

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** ¿Cuando? ¿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: