

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - NIVEL INICIAL 2024

IMPORTANTE: La presente sólo tendrá validez con la firma y sello del médico. ENVIAR POR CUADERNO EL PRIMER DÍA DE CLASES.

Dejamos constancia que todos los datos registrados en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro/a hijo/a 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 variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Autorizamos al Establecimiento Educativo y/o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a nuestro hijo/a en caso de ser necesario.

Firma del Padre/Madre/Adulto Responsable

Aclaración de la firma Vínculo

DNI/CI/PAS Nº Lugar y Fecha

Datos Personales

Apellido/s y Nombre/s del Estudiante

Sala

Cobertura Médica

OBRA SOCIAL/PREPAGA Plan Nº de SOCIO/CARNET

Nombre, Apellido y contacto del Médico Pediatra

Centros Médicos en los que prefiere que sea atendido su hijo/a en caso de necesidad (Nombre, Dirección, Teléfono)

1-

2-

En caso de emergencia comunicarse con:

Nombre, Apellido, vínculo y contacto

Nombre, Apellido, vínculo y contacto

Nombre, Apellido, vínculo y contacto

Antecedentes de Salud

GRUPO SANGUÍNEO RH ALTURA PESO

VACUNA ANTITETÁNICA (fecha aproximada última aplicación)

Marque con una X en el casillero que corresponda	SI	NO	MOTIVO/DETALLE
a. ¿Tiene el carnet de vacunación al día? www.argentina.gob.ar/salud/vacunas			
b. ¿Presenta anomalías congénitas?			
c. ¿Presenta otras anomalías que se debieran considerar?			
d. ¿Presenta alteraciones neurológicas?			
e. ¿Presenta alteraciones emocionales?			
f. ¿Presenta alteraciones en el aparato cardiovascular?			
- Cardiopatías congénitas o infecciosas			
- Arritmias o soplos			
- Circulatoria			
- Hipertensión arterial			
- Hipercolesterolemia			
- Hemofílica			
g. ¿Presenta alteraciones en el aparato respiratorio?			
- Anomalías respiratorias			
- Sinusitis			
- Anginas			
- Asma bronquial			
h. ¿Presenta alteraciones en la estructura abdominal?			
- Hernias			
- Cirugías			
- Úlcera gastroduodenal			
i. ¿Presenta alteraciones en la nutrición?			
- Obesidad			
- Alteraciones digestivas			

- Celiaquía			
j. ¿Presenta alteraciones en la estructura muscular y osteoarticular?			
- Fracturas			
- Luxaciones			
- Esguinces			
- Lesiones ligamentosas			
- Lesiones musculares o tendinosas			
- Alteraciones en la organización de la columna vertebral			
k. ¿Ha padecido o padece en la actualidad de:			
- Convulsiones/Epilepsia			
- Alteraciones en la piel			
- Procesos inflamatorios			
- Procesos infecciosos			
- Diabetes			
- Dengue			
- Fiebre reumática			
- Hepatitis			
- Mal de Chagas			
- Mononucleosis			
- Parotiditis			
- Sarampión			
- Tuberculosis			
- Vértigo o mareos			
l. Alergias (especificar)			
m. Agudeza visual: ¿usa anteojos o lentes de contacto?			
n. ¿Evaluación auditiva normal?			
ñ. Durante o después de hacer actividad física, ha padecido alguna vez:			
- Cefaleas			
- Mareos			
- Vómitos			
- Cansancio extremo			
- Dolor en el pecho			
- Dificultad para respirar			
- Pérdida de conciencia			
- Otros síntomas (detallar)			

o. ¿Toma alguna medicación en forma regular? (detallar motivo, descripción, fecha estimada de inicio del tratamiento, dosis, administración)

p. ¿Ha sido internado alguna vez? ¿Cuándo y por qué?

q. ¿Fue operado en algún momento? ¿Cuándo y de qué?

r. ¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del estudiante que corresponda informar? Especificar.

Certificación Médica (puede presentarse en documento separado)

CABA, de..... de

Certifico que....., DNI

de años de edad, habiendo sido examinado/a clínicamente y realizado los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y realizar las actividades propuestas en el marco del proyecto educativo pastoral del Nivel, durante el ciclo lectivo en curso. Se extiende el presente certificado al solo efecto de ser presentado ante las autoridades del Colegio León XIII.

.....
Firma y sello del Médico