

NIVEL PRIMARIO - FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD ACTUALIZACIÓN 2020

IMPORTANTE: La presente sólo tendrá validez con la firma y sello del médico. **PRESENTAR 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 N° Lugar y Fecha

Datos Personales

Apellido/s y Nombre/s del Estudiante

Grado/División

Cobertura Médica

OBRA SOCIAL/PREPAGA Plan N° 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

MANO HÁBIL (izquierda/derecha)

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. ¿Realiza tratamiento psicológico o psicopedagógico en la actualidad?			
c. ¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad?			
d. ¿Ha sido internado o sufrido lesiones de consideración en el último año?			
e. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente en el último año?			
f. ¿Toma alguna medicación?			
g. ¿Tiene contraindicado algún medicamento?			
h. ¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar?			
i. ¿Ha surgido, alguna situación de salud que corresponda notificar?			

Observaciones

.....

.....

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 de participar en actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

.....
Firma y sello del Médico