

## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - INGRESO AL PRIMARIO 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 Nº ..... Lugar y Fecha .....

### Datos Personales

Apellido/s y Nombre/s del Estudiante .....

Grado/División .....

### 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 .....

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? <a href="http://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas">www.argentina.gob.ar/salud/vacunas</a>			
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			
- Celiacía			
j. ¿Presenta alteraciones en la estructura muscular y osteoarticular?			
- Fracturas			
- Luxaciones			
- Esguinces			
- Lesiones ligamentosas			
- Lesiones musculares o tendinosas			
- Correcta 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 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