

NIVEL SECUNDARIO - FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - ACTUALIZACIÓN 2020 (según Disposición Nº 335/2019/DGEGP/GCABA)

COMPLETAR EN XHENDRA, FOTOCOPIAR Y ENTREGAR EL ORIGINAL AL PRECEPTOR ANTES DEL 31/3/2020.

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
 Año/Div/Mod

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? 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