



**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD<sup>1</sup>**  
(FORMULARIO POR CUMPLIMENTAR POR LOS PADRES DEL ALUMNADO)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,..... de.....de 20.....

Establecimiento:.....

Apellido y Nombre del alumno:.....

Domicilio: .....

Teléfono: ..... Teléfono alternativo: .....

Curso: ..... Turno: .....

Grupo N°: ..... Edad: .....

Tache lo que  
NO corresponda

A) Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos ..... SI - NO

B) Padece alguna de las siguientes enfermedades:

- Metabólicas: Diabetes ..... SI - NO
- Cardiopatías congénitas ..... SI - NO
- Cardiopatías infecciosas ..... SI - NO
- Hernias inguinales, crurales..... SI - NO
- Alergias..... SI - NO

C) Ha padecido en forma recientes:

- Hepatitis (60 días)..... SI - NO
- Sarampión (30 días)..... SI - NO
- Mononucleosis infecciosas (30 días) ..... SI - NO
- Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro, muñeca (60 días)..... SI - NO

D) alguna situación particular determinada por el médico. ¿Cuál?.....

.....  
.....  
.....

---

<sup>1</sup> La presente ficha de antecedentes de salud debe ser cumplimentada por los padres de la totalidad del alumnado, con carácter obligatorio, y debe ser actualizada anualmente

E) ¿Toma medicamentos en forma permanente?..... SI – NO  
Indique cuales .....

F) ¿Está apto para realizar Educación Física?..... SI – NO

NOTA: en caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems deberá presentar juntamente con el presente formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no, para efectuar actividad física.

G) ¿Tiene vacunas actualizadas? (adjuntar fotocopia) ..... SI – NO

H) ¿Tiene Libreta Sanitaria actualizada? (adjuntar fotocopia)..... SI – NO

I) ¿Posee cobertura médica?.....(adjuntar fotocopia)

¿Cuál?..... Nº de afiliado .....

Domicilio y teléfono de la cobertura médica:.....

J) Observaciones del facultativo: .....

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Tutor o Encargado

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma y  
Matrícula Profesional

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma