



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD  
INGRESO AL NIVEL MEDIO

C.A.B.A., ..... / ..... / .....

Apellidos y Nombres del alumno/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Edad actual: \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_ Factor RH \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

Médico Pediatra/de Familia \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

Cobertura Médica \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_

Afiliado N° \_\_\_\_\_ Adjuntar fotocopia del carnet \_\_\_\_\_

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad

- 1 \_\_\_\_\_  
(Lugar, dirección, teléfono)
- 2 \_\_\_\_\_  
(Lugar, dirección, teléfono)

En caso de Emergencia comunicarse con

- 1 \_\_\_\_\_  
(Apellido y Nombre, vínculo, teléfono de contacto)
- 2 \_\_\_\_\_  
(Apellido y Nombre, vínculo, teléfono de contacto)

VACUNACIÓN COMPLETA Adjuntar fotocopias de las constancias \_\_\_\_\_ SI NO

Anomalías congénitas \_\_\_\_\_ SI NO

Detallar: \_\_\_\_\_

Alteraciones Neurológicas \_\_\_\_\_ SI NO

Detallar: \_\_\_\_\_

Alteraciones Emocionales \_\_\_\_\_ SI NO

Detallar: \_\_\_\_\_

Otras anomalías que se debieran considerar \_\_\_\_\_ SI NO

Detallar: \_\_\_\_\_

ALTERACIONES EN EL APARATO CARDIOVASCULAR

Cardiopatías: congénitas / infecciosas SI NO Hipertensión \_\_\_\_\_ SI NO

Arritmias o soplos \_\_\_\_\_ SI NO Hipercolesterolemia \_\_\_\_\_ SI NO

Circulatorias \_\_\_\_\_ SI NO Hemofilia \_\_\_\_\_ SI NO

Otras situaciones a considerar \_\_\_\_\_ SI NO

Detallar: \_\_\_\_\_

ALTERACIONES EN EL APARATO RESPIRATORIO

Anomalías respiratorias \_\_\_\_\_ SI NO Asma Bronquial \_\_\_\_\_ SI NO

Sinusitis \_\_\_\_\_ SI NO Anginas \_\_\_\_\_ SI NO

Otras situaciones a considerar \_\_\_\_\_ SI NO Detallar: \_\_\_\_\_

ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA ABDOMINAL

Hernias \_\_\_\_\_ SI NO Úlcera gastroduodenal \_\_\_\_\_ SI NO

Cirugías \_\_\_\_\_ SI NO Otras situaciones a considerar \_\_\_\_\_ SI NO

Detallar: \_\_\_\_\_

ALTERACIONES EN LA NUTRICIÓN

Obesidad \_\_\_\_\_ SI NO Celiaquía \_\_\_\_\_ SI NO

Alteraciones digestivas \_\_\_\_\_ SI NO Otras situaciones a considerar \_\_\_\_\_ SI NO

Detallar: \_\_\_\_\_

**ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA MUSCULAR Y OSTEOARTICULAR**

Fracturas _____	SI	NO	Esguinces _____	SI	NO
Luxaciones _____	SI	NO	Lesiones Musculares _____	SI	NO
Lesiones ligamentosas o Tendinosas _____	SI	NO	Escoleosis - Lordosis - Cifosis _____	SI	NO
Correcta organización de la columna vertebral _____				SI	NO
Otras situaciones a considerar _____				SI	NO

Detallar: \_\_\_\_\_

Alergias _____				SI	NO
----------------	--	--	--	----	----

Detallar: \_\_\_\_\_

Agudeza visual: usa lentes? _____	SI	NO	Evaluación Auditiva normal _____	SI	NO
-----------------------------------	----	----	----------------------------------	----	----

**HA PADECIDO EN FECHAS RECIENTES**

Convulsiones _____	SI	NO	Fiebre reumática _____	SI	NO
Alteraciones en la piel _____	SI	NO	Hepatitis _____	SI	NO
Procesos inflamatorios _____	SI	NO	Parotiditis _____	SI	NO
Procesos infecciosos _____	SI	NO	Mal de Chagas _____	SI	NO
Mononucleosis _____	SI	NO	Tuberculosis _____	SI	NO
Diabetes _____	SI	NO	Sarampión u otras eruptivas _____	SI	NO
Dengue _____	SI	NO	Vértigos, mareos _____	SI	NO
Otras situaciones a considerar _____				SI	NO

Detallar: \_\_\_\_\_

**DURANTE O INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA HA PADECIDO ALGUNA VEZ**

Cefaleas _____	SI	NO	Cansancio extremo _____	SI	NO
Mareos _____	SI	NO	Dolor en el pecho _____	SI	NO
Vómitos _____	SI	NO	Dificultad para respirar _____	SI	NO
Pérdida de conciencia _____	SI	NO	Otros síntomas _____	SI	NO

Detallar: \_\_\_\_\_

<b>TOMA ALGÚN MEDICAMENTO EN FORMA PERMANENTE?</b>				SI	NO
--	--	--	--	----	----

Detallar: \_\_\_\_\_  
motivo, descripción, desde cuándo, dosis, administración

<b>TIENE CONTRAINDICADO ALGÚN MEDICAMENTO?</b>				SI	NO
--	--	--	--	----	----

Detallar: \_\_\_\_\_  
motivo, descripción, desde cuándo

<b>HA SIDO INTERNADO ALGUNA VEZ?</b>				SI	NO
--------------------------------------	--	--	--	----	----

Cuándo? Por qué? \_\_\_\_\_

<b>FUE OPERADO EN ALGÚN MOMENTO?</b>				SI	NO
--------------------------------------	--	--	--	----	----

Cuándo? De qué? \_\_\_\_\_

Dejamos constancia de que todos los datos registrados en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.

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

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, cualquier modificación del estado de salud o en los datos consignados en la presente durante el transcurso del ciclo lectivo

\_\_\_\_\_  
 Firma de Madre/Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
 Firma de Madre/Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
 Aclaración de Firma

\_\_\_\_\_  
 Aclaración de Firma

**Presentar en la primer semana de clases**

Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación y Carnet de cobertura Médica