



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - AÑO 2017

ESTA FICHA DEBERÁ SER COMPLETADA POR EL MEDICO/PEDIATRA
(Por favor llenar todo el formulario en *letra imprenta, bien clara con tinta negra*).

> Nombre y Apellido:		
> Edad: > Curso:		
a) Se encuentra padeciendo	SI	NO
> Problemas auditivos - (Hipoacusia)		
> Problemas visuales		
> Dificultades en el lenguaje		
> Algún proceso inflamatorio		
> Alguna infección		
> Alteraciones en la marcha		
> Alteraciones en la columna		
> Problemas respiratorios - Asma		
> Migraña		
b) Padece alguna de las siguientes enfermedades		
> Metabólicas: Diabetes		
> Cardiopáticas congénitas		
> Cardiopáticas infecciosas		
> Hernias inguinales - crurales		
c) Ha padecido en fecha reciente		
> Hepatitis (60 días)		
> Sarampión (30 días)		
> Parotiditis (30 días)		
> Mononucleosis infecciosa (30 días)		
> Esguinces, luxaciones o fracturas de tobillo, hombro, muñeca, etc. (60 días)		
d) Alguna otra situación particular importante determinada por el médico. Especifique. Ejemplo: pérdidas de conocimiento..... ¿Tiene algún tipo de alergia? ¿Recibe tratamiento permanente? ¿Algún tratamiento quirúrgico?		
NOTA: La presente ficha nos permitirá tener un conocimiento más profundo de nuestros alumnos, las posibles dificultades que puedan tener en su aprendizaje intelectual y en sus actividades de Educación Física y Deportes. LOS ANALISIS, RADIOGRAFIAS U OTROS ESTUDIOS NO DEBERAN SER ENVIADOS AL COLEGIO. QUEDARAN EN PODER DE LOS PADRES.		
Vacunas Recibidas (marque con una X): SABIN BCG TRIPLE TRIPLE VIRAL ANTITETANICA Otras		
Obra Social: Nº carnet:		
T:E para urgencias: Grupo Sanguíneo::		
> CASOS DE ACCIDENTES GRAVES (Pasos a seguir): 1) Se llamará a la ambulancia del servicio de emergencia médica contratado y a la familia. 2) Si no se consigue comunicación a la brevedad, el alumno será derivado al Hospital de Pilar. 3) Si el accidente ocurriese fuera del ámbito de la Institución, será derivado al Hospital más cercano. • <i>En caso de que la familia resolviese trasladarlo a algún centro asistencial, los costos adicionales estarán a cargo del solicitante.</i>		
> Certifico que el alumno de años de edad, según el examen clínico, no presenta impedimento alguno para efectuar actividad física, deportiva competitiva y/o recreativa, acorde a sexo y edad. - Firma y Sello del Profesional Médico - - Firma del Padre / Madre - - Aclaración -		
> Lugar y Fecha:		
<u>DATOS DE LOS PADRES PARA SER CONSULTADOS EN CASOS DE URGENCIA</u>		
Nombre del Padre (1):		
Nombre y Apellido de la Madre (2):		
TEL fijo/s :		
Celular (1): Celular (2)		
TEL laboral (1): TEL laboral (2):		