Wellspring School

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - AÑO 2019

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:**.....

TEL 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.
   - ***En caso de que la familia resolviese trasladarlo a algún centro asistencial, los costos adicionales estarán a cargo del solicitante.***

› **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:** .....

DATOS DE LOS PADRES PARA SER CONSULTADOS EN CASOS DE URGENCIA

Nombre del Padre (1): ......

Nombre y Apellido de la Madre (2): .....

TEL fijo/s: .....

Celular (1): ..... **Celular (2):** .....

TEL laboral (1): ..... **TEL laboral (2): ...**.....