



## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - AÑO 2020

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:.....		
<b>a) Se encuentra padeciendo</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
› 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>b) Padece alguna de las siguientes enfermedades</b>		
› Metabólicas: Diabetes		
› Cardiopáticas congénitas		
› Cardiopáticas infecciosas		
› Hernias inguinales – crurales		
<b>c) Ha padecido en fecha reciente</b>		
› Hepatitis (60 días)		
› Sarampión (30 días)		
› Parotiditis (30 días)		
› Mononucleosis infecciosa (30 días)		
› Esguinces, luxaciones o fracturas de tobillo, hombro, muñeca, etc. (60 días)		
<b>d) Alguna otra situación particular importante determinada por el médico. Especifique. Ejemplo: pérdidas de conocimiento.....</b> ¿Tiene algún tipo de alergia? ..... ¿Recibe tratamiento permanente? ..... ¿Algún tratamiento quirúrgico? .....		
<b>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.</b>		
<b>Vacunas Recibidas</b> (marque con una X): SABIN ..... BCG ..... TRIPLE ..... TRIPLE VIRAL ..... ANTITETANICA ..... Otras .....		
<b>Obra Social:</b> ..... <b>Nº carnet:</b> .....		
<b>TEL para urgencias:</b> ..... <b>Grupo Sanguíneo:</b> .....		
› <b>CASOS DE ACCIDENTES GRAVES</b> (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. • <b>En caso de que la familia resolviese trasladarlo a algún centro asistencial, los costos adicionales estarán a cargo del solicitante.</b>		
› 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.  <div style="text-align: center;">           .....            - Firma y Sello del Profesional Médico -         </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">             .....              - Firma del Padre / Madre -           </div> <div style="text-align: center;">             .....              - Aclaración -           </div> </div>		
› <b>Lugar y Fecha:</b> .....		
<b>DATOS DE LOS PADRES PARA SER CONSULTADOS EN CASOS DE URGENCIA</b> <b>Nombre del Padre (1):</b> ..... <b>Nombre y Apellido de la Madre (2):</b> ..... <b>TEL hijo/s:</b> ..... <b>Celular (1):</b> ..... <b>Celular (2):</b> ..... <b>TEL laboral (1):</b> ..... <b>TEL laboral (2):</b> .....		