



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - AÑO 2021

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. <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>		
› 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 hijo/s: Celular (1): Celular (2): TEL laboral (1): TEL laboral (2):		