



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - AÑO 2023

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 hijo/s:

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

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