



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - AÑO 2025

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: Nivel: Kinder Primaria Secundaria Sala / Grado / Año:

| 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? ¿A qué? ¿Recibe tratamiento permanente? ¿Algún tratamiento quirúrgico? | | |
| NOTA: Para inicio de 1° y 4° EP presentar audiometría y estudio oftalmológico. | | |
| Vacunas Recibidas (marque con una x): SABIN <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> TRIPLE <input type="checkbox"/> TRIPLE VIRAL <input type="checkbox"/> ANTITETANICA <input type="checkbox"/> Otras: | | |
| Obra Social: N° 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. • <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 Progenitor / Responsable Aclaración | | |
| › Fecha: / / Lugar: | | |
| DATOS DE LOS PROGENITORES / RESPONSABLES PARA SER CONSULTADOS EN CASOS DE URGENCIA Nombre y Apellido del Progenitor / Responsable 1: Nombre y Apellido del Progenitor / Responsable 2: TEL fijo/s: Celular (1): Celular (2): TEL laboral (1): TEL laboral (2): | | |