



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - AÑO 2024

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>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:</b> 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 PROGENITORES / RESPONSABLES.		
<b>Vacunas Recibidas</b> (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: .....		
› <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. • <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: .....		
<b>DATOS DE LOS PROGENITORES / RESPONSABLES PARA SER CONSULTADOS EN CASOS DE URGENCIA</b>		
Nombre y Apellido del Progenitor / Responsable 1: .....		
Nombre y Apellido del Progenitor / Responsable 2: .....		
Celular (1): ..... Celular (2): .....		
TEL laboral (1): ..... TEL laboral (2): .....		