



## 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 <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Sala / Grado / Año: .....		
<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? ..... ¿A qué? ..... ¿Recibe tratamiento permanente? ..... ¿Algún tratamiento quirúrgico? .....		
<b>NOTA:</b> Para inicio de 1° y 4° EP presentar audiometría y estudio oftalmológico.		
<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: .....		
<b>Obra Social:</b> ..... <b>N° 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. • <i>En caso de que la familia resolviese trasladarlo a algún centro asistencial, los costos adicionales estarán a cargo del solicitante.</i>		
› <b>Certifico que el alumno</b> ..... <b>de</b> ..... <b>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.</b>  <div style="text-align: center;">..... Firma y Sello del Profesional Médico</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;">..... Firma del Progenitor / Responsable</div> <div style="width: 45%;">..... Aclaración</div> </div>		
› <b>Fecha:</b> ..... / ..... / ..... <b>Lugar:</b> .....		
<b>DATOS DE LOS PROGENITORES / RESPONSABLES PARA SER CONSULTADOS EN CASOS DE URGENCIA</b> <b>Nombre y Apellido del Progenitor / Responsable 1:</b> ..... <b>Nombre y Apellido del Progenitor / Responsable 2:</b> ..... <b>TEL fijo/s:</b> ..... <b>Celular (1):</b> ..... <b>Celular (2):</b> ..... <b>TEL laboral (1):</b> ..... <b>TEL laboral (2):</b> .....		