



Foto



Apellido y Nombre del alumno/a: .....

Curso: ..... División: .....

Fecha:.....

Fecha de nacimiento: (DD/MM/ Año).....D.N.I Nº:..... Edad actual:..... años

Médico Pediatra/de Familia: ..... Teléfono de contacto: .....

Cobertura Médica: ..... Plan: ..... Número Afiliado; .....

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

(Lugar – Dirección – Teléfono)

.....  
.....

(Lugar – Dirección – Teléfono)

.....  
.....

(Lugar – Dirección – Teléfono)

.....  
.....

En caso de emergencia comunicarse con:

(Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

.....  
.....

(Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

.....  
.....

Información General:

Grupo Sanguíneo:		Factor RH:	
Peso:	Kg.	Estatura:	cm.
Vacunación Completa		SI	NO
Incluye HPV			



Consigne a continuación si el estudiante presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar

Anomalías Congénitas	SI	NO	Especificar Fechar
Detallar			
Alteraciones Neurológicas	SI	NO	Especificar Fechar
Detallar			
Alteraciones Emocionales	SI	NO	Especificar Fechar
Detallar			

Alteraciones en el Aparato Cardiovascular	SI	NO	Especificar Fechar
Cardiopatías Congénitas e Infecciosas			
Arritmias o Soplos			
Circulatoria			
Hipertensión Arterial			
Hipercolesterolemia			
Hemofílica			
Otras situaciones a considerar, detallar			
Alteraciones en el Aparato Respiratorio	SI	NO	Especificar Fechar
Anomalías Respiratorias			
Sinusitis			
Anginas			
Asma Bronquial			
Otras situaciones a considerar, detallar			
Alteraciones en la Estructura Abdominal	SI	NO	Especificar Fechar
Hernias			
Cirugías			
Úlceras Gastroduodenal			
Otras situaciones a considerar, detallar			
Alteraciones en la Nutrición	SI	NO	Especificar Fechar
Obesidad			
Alteraciones Digestivas			
Celiaquía			
Otras situaciones a considerar, detallar			

Apellido y Nombre del alumno/a: .....

Curso: ..... División: .....



Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular	SI	NO	Especificar Fechar
Fracturas			
Luxaciones			
Esguinces			
Lesiones Ligamentosas			
Lesiones Musculares Tendinosas			
Correcta organización Columna Vertebral			
Otras situaciones a considerar, detallar			

Ha padecido o padece en la actualidad	SI	NO	Especificar Fechar
Convulsiones			
Alteraciones de la Piel			
Procesos Inflamatorios			
Procesos Infecciosos			
Diabetes			
Dengue			
Fiebre Reumática			
Hepatitis			
Mal de Chagas			
Paratiditis			
Tuberculosis			
Vértigo/ Mareos			
Otras situaciones a considerar, detallar			

Alergias	SI	NO	Especificar Fechar

Agudeza Visual	SI	NO	Especificar Fechar
¿Usa Lentes?			

Evaluación Auditiva Normal	SI	NO	Especificar Fechar

Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:	SI	NO	Especificar Fechar
Cefaleas			
Mareos			
Vómitos			
Cansancio Extremo			
Dolor en el Pecho			
Dificultad para respirar			
Pérdida de conciencia			
Otras síntomas, detallar			

Apellido y Nombre del alumno/a: .....

Curso: ..... División: .....



¿Toma alguna medicación en forma regular?				
Motivo	Descripción	Fecha estimada inicio del tratamiento	Dosis	Administración
¿Ha sido internado alguna vez?	SI	NO	¿Cuándo?	¿Por qué?
¿Fue operado en algún momento?	SI	NO	¿Cuándo?	¿De qué?
¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?				
Especificar:				

**OBSERVACIONES:**

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo/a son verídicos.

Autorizamos al Departamento Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco (5) días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que varieran alguno de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

.....

Fecha.                      Firma                                      Aclaración                                      Nº D.N.I. de los progenitores.                                      Vínculo

.....

Fecha.                      Firma                                      Aclaración                                      Nº D.N.I.                                      Vínculo

**Certificado de APTITUD FÍSICA**

Ciudad Autónoma de buenos Aires, ..... (fecha)

Certifico que .....(Apellido y Nombres)

Nª de D.N.I ..... de ..... años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizado los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares y extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

.....  
Firma y Sello del Médico Interviniente