

DATOS PARTICULARES

Nombre y Apellido:

Fecha de nacimiento: Edad actual: años. DNI N°.....

Médico Pediatra/de familia: Teléfono de contacto:

Cobertura Médica: Plan: Número Afiliado:

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

1. Lugar: Dirección: Teléfono:

2. Lugar: Dirección: Teléfono:

En caso de Emergencia comunicarse con:

1. Apellido y nombre: Vínculo: Teléfono:

2. Apellido y nombre: Vínculo: Teléfono:

INFORMACIÓN GENERAL:

Grupo Sanguíneo: Factor RH: Peso: kg. Estatura:cm.

 Vacunación Completa (incluye HPV): SI NO

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.

	SI	NO	Detallar
* Anomalías Congénitas			
* Otras anomalías que se debieran considerar			
* Alteraciones Neurológicas			
* Alteraciones Emocionales			
* Alteraciones en el Aparato Cardiovascular			
Cardiopatías congénitas o Infecciosas			
Arritmias o soplos			
Circulatoria			
Hipertensión Arterial			
Hipercolesterolemia			
Hemofílica			
Otras situaciones a detallar			
* Alteraciones en el Aparato Respiratorio			
Anomalías Respiratorias			
Sinusitis			
Anginas			
Asma bronquial			
Otras situaciones a considerar			

	SI	NO	Detallar
* Alteraciones en la Estructura Abdominal			
Hernias			
Cirugías			
Úlceras Gastroduodenal			
Otras situaciones a considerar			
* Alteraciones en la Nutrición			
Obesidad			
Alteraciones Digestivas			
Celiaquía			
Otras situaciones a considerar			
* Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular			
Fracturas			
Luxaciones			
Esguinces			
Lesiones Ligamentosas			
Lesiones Musculares o Tendinosas			
Correcta Organización Columna Vertebral			
Otras situaciones a detallar			

Ha padecido o padece en la actualidad:	SI	NO		SI	NO
Convulsiones			Alteraciones en la Piel		
Procesos Inflamatorios			Procesos Infecciosos		
Diabetes			Dengue		
Fiebre reumática			Hepatitis		
Mal de Chagas			Parotiditis		
Tuberculosis			Vértigos/mareos		
Otras situaciones a considerar					

Alergias (Especificar y fechar):

Agudeza visual: ¿Usa lentes?

Evaluación auditiva. ¿Normal?

Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:	SI	NO		SI	NO
Cefaleas			Dolor en el pecho		
Mareos			Dificultad para respirar		
Vómitos			Pérdida de conciencia		
Cansancio extremo			Otros síntomas		

¿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?

.....
ÁREA PSICOPEDAGÓGICA

¿Presenta algún tipo de trastorno mental grave o leve que deba informar? (Trastorno del lenguaje, del aprendizaje, de personalidad, atencional, etc.) SI NO ¿Cuál?

.....

En caso de respuesta afirmativa debe adjuntar informe actualizado del profesional tratante (psicopedagogo, psicólogo, psiquiatra).

OBSERVACIONES

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

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco 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 variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha:

Firma de padre/madre/tutor:

Aclaración:

DNI:

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de de 202....

Certifico que DNI de años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando 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 la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma del médico: Sello: