



INSTITUTO SAN JOSÉ A -355

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD

INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

FOTO

Fecha:/...../.....

Nombre y apellido del alumno/a:

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:

(Lugar–Dirección–Teléfono).....

En caso de emergencia comunicarse con:

1. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

2. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto).....

Información general:

*Grupo sanguíneoFactor 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.

*Anomalías congénitas SI – NO Detallar:

*Otras anomalías que se debieran considerar. Detallar:.....

*Alteraciones neurológicas SI – NO Detallar:

*Alteraciones emocionales SI – NO Detallar:

*Alteraciones en el aparato cardiovascular:

Cardiopatías congénitas o infecciosas SI – NO / Arritmias o soplos SI – NO / Circulatoria SI - NO

Hipertensión arterial SI – NO / Hipercolesterolemia SI – NO / Hemofílica SI - NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

*Alteraciones en el aparato respiratorio

Anomalías respiratorias SI – NO / Sinusitis SI – NO / Anginas SI – NO / Asma bronquial SI - NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

*Alteraciones en la estructura abdominal:

Hernias SI – NO / Cirugías SI – NO / Ulceras gastroduodenal SI – NO /

Otras situaciones a considerar, detallar:

*Alteraciones en la nutrición:

Obesidad SI – NO / Alteraciones digestivas SI – NO / Celiaquía SI – NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

*Alteraciones en la estructura muscular y osteoarticular

Fracturas SI – NO / Luxaciones SI – NO / Esguinces SI – NO / Lesiones ligamentosas SI - NO

Lesiones musculares o tendinosas SI – NO / Correcta organización columna vertebral SI - NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

*Ha padecido o padece en la actualidad:

Convulsiones SI - NO / Alteraciones en la piel SI – NO / Procesos inflamatorios SI – NO

Procesos infecciosos SI – NO / Diabetes SI – NO / Dengue SI – NO / Fiebre reumática SI - NO

Hepatitis SI – NO / Mal de Chagas SI – NO / Parotiditis SI – NO / Tuberculosis SI – NO

Vértigos/mareos SI - NO

Otras situaciones a considerar, detallar:.....

*Alergias

Especificar y fechar:

*Agudeza visual. ¿Usa lentes?

*Evaluación auditiva. Normal SI - NO

*Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:

Cefaleas SI – NO / Mareos SI – NO / Vómitos SI – NO / Cansancio extremo SI – NO

Dolor en el Pecho SI – NO / Dificultad para respirar SI – NO / Pérdida de conciencia SI - NO

Otros síntomas, detallar:

*¿Toma alguna medicación en forma regular? (Motivo – Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración)

*¿Ha sido internado alguna vez? SI – NO ¿Cuándo? ¿Porqué?.....

*¿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..... 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 del responsable parental:.....

Aclaración y documento de identidad:



INSTITUTO SAN JOSÉ A -355

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Cuidad Autónoma de Buenos Aires,

Certifico que (Nombre del alumno/a)..... 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 y sello del médico interviniente:

Opcional: Dirección de correo electrónico – Teléfono de contacto

.....