

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD - INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO CICLO LECTIVO:.....
 (Completar con Letra Clara)

Curso Actual:**1º** año SOC-ECO-INF

Fecha:,,,,,,

Foto

Apellido y Nombre del Alumno/a:

Fecha de Nacimiento:	Edad actual:	años	DNI:
Médico Pediatra de Familia:		Teléfono de contacto:	
Cobertura Médica:		Plan:	Nº Afiliado:
Centros médicos en los que prefiere ser atendido: (Lugar - Dirección - Teléfono)			
1-			
2-			
3-			
En caso de emergencia comunicarse con: (Apellido y Nombre, vínculo y teléfono de contacto)			
1-			
2-			
Información general			
Grupo Sanguíneo:	RH:	Peso Kg:	Estatura: cm
Vacunación completa (incluye HPV):		SI / NO	(tachar lo que no corresponda)

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 fecha - (tachar lo que no corresponda)

* 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

a- Cardiopatías congénitas o infecciosas	SI / NO
b- Arritmias o soplos	SI / NO
c- Circulatoria	SI / NO
d- Hipertensión arterial	SI / NO
e- Hipercolesterolemia	SI / NO
f- Hemofílica	SI / NO

g- Otras situaciones a considerar, detallar:

*Alteraciones en el Aparato Respiratorio

a- Anomalías Bronquiales	SI / NO
b- Sinusitis	SI / NO
c- Anginas	SI / NO
d- Asma Bronquial	SI / NO

g- Otras situaciones a considerar, detallar:

*Alteraciones en la Estructura Abdominal

a- Hernias	SI / NO
b- Cirugías	SI / NO
c- Ulceras gastroduodenal	SI / NO

g- Otras situaciones a considerar, detallar:

*Alteraciones en la Nutrición

a- Obesidad	SI / NO
b- Alteraciones Digestivas	SI / NO
c- Celiaquía	SI / NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

***Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular**

a- Fracturas	SI / NO
b- Luxaciones	SI / NO
c- Esguinces	SI / NO
d- Lesiones Ligamentosas	SI / NO
e- Lesiones Musculares o Tendinosas	SI / NO
f- Correcta organización Columna Vertebral	SI / NO
Otras situaciones a considerar, detallar:	

***Ha padecido o padece en la actualidad**

a- Convulsiones	SI / NO
b- Alteraciones en la Piel	SI / NO
c- Procesos Inflamatorios	SI / NO
d- Procesos Infecciosos	SI / NO
e- Diabetes	SI / NO
f- Dengue	SI / NO
g- Fiebre Reumática	SI / NO
h- Hepatitis	SI / NO
i- Mal de Chagas	SI / NO
j- Parotiditis	SI / NO
k- Tuberculosis	SI / NO
i- Vértigo/Mareos	SI / NO
Otras situaciones a considerar, detallar:	

*** Alergias**

Especificar y Fecha:

***Agudeza Visual**

¿usa Lentes?	SI / NO
--------------	---------

***Evaluación Auditiva**

Normal	SI / NO
--------	---------

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

a- Cefaleas	SI / NO
b- Mareos	SI / NO
c- Vómitos	SI / NO
d- Cansancio extremo	SI / NO
e- Dolor de Pecho	SI / NO
f- Dificultad para respirar	SI / NO
g- Pérdida del conocimiento	SI / NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

***¿Toma alguna medicación en forma regular?**

(Motivo - Descripción- Fecha estimada de 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 alguno de los datos consignados en la planillas remitidas al Establecimiento Educativo.