

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 conciencia | 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.

Firma y Aclaración de los progenitores

DNI

Fecha