

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD - ACTUALIZACIÓN (Ciclo Lectivo)

(Completar con Letra Clara)

		Curso Actual: Año SOC-ECO-INF	
Apellido y Nombre del Alumno/a:		Fecha de Actualización:	
Médico Pediatra de Familia:		Teléfono de contacto:	
Cobertura Médica:		Plan:	Nº Afiliado:
Centros médicos en los que prefiere ser atendido: (consignar, 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

* ¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI / NO
 Desde (fecha): Motivo:

* ¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad? SI / NO
 Detallar:

* ¿Ha sido internado o sufrido lesiones de consideración en el último año? SI / NO
 Detallar:

* ¿En el último año, ha sido intervenido quirúrgicamente? SI / NO
 Detallar:

* ¿Toma alguna medicación? SI / NO
 (Motivo - Descripción- Fecha estimada de inicio del Tratamiento- Dosis- Administración)

* ¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI / NO
 Detallar:

* ¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? SI / NO
 Detallar:

* ¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar?
 Especificar:

OBSERVACIONES

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

Autorizamos al Dpto. 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 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