



**Dirección General de
Cultura y Educación**
Gobierno de la Provincia
de Buenos Aires

CICLO LECTIVO 2020



La siguiente ficha intenta obtener información de salud de los alumnos, la cual debe ser completada íntegramente señalando con un círculo cada una de las respuestas y especificando y acompañando por certificado médico en caso de responder afirmativamente algún ítem en particular. Se solicita adjuntar certificado médico de Aptitud Física donde conste que el niño/a pueda realizar actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad.

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO:.....
DNI:.....
SECCION QUE CURSA:.....turno:.....

INFORMACION DE SALUD

Obra Social:..... N° Afiliado:.....

ANTECEDENTES:

- ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?: **SÍ - NO**
Cuál?:.....
- Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez? **SI - NO**
¿Por qué?:.....
- ¿Diabetes? **SI - NO** Tipo y medicación.....
- Traumatismo de cráneo: **SÍ - NO** Con pérdida de conocimiento:.....
- Lesiones deportivas: **SÍ - NO** ¿Cuál?
- Hernias inguinales, crurales **SÍ - NO**
- Hematológicas **SÍ - NO**
- Padece algún tipo de enfermedad crónica? **SÍ - NO** ¿Cuál?:.....

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGINA? ¿ASMA? SÍ - NO

- En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:
- La alergia se debe a: No sabe ¿Recibe tratamiento permanente?:**SÍ NO**

TRATAMIENTOS:

- ¿Recibe tratamiento médico?: **SÍ - NO** Especifique:.....
- Quirúrgicos: **SÍ - NO** Edad:..... Tipo de Cirugía:.....
- ¿Presenta alguna limitación física?: **SÍ - NO**
Aclaración
- Otros problemas de salud:.....
- ¿Convulsiones?.....
- Actualmente se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos. En caso de contestar **SI**, indique cuál:
.....
- Ha padecido en fecha reciente: **HEPATITIS (60días) SI - NO/ SARAMPIÓN (30 días) SI - NO/ MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (30 días) SI - NO/ ESGUINCE O LUXACIONES (60 días) SI - NO/ PAROTIDITIS (20 días) SI - NO/**

VACUNAS OBLIGATORIAS: De acuerdo a su cumplimiento teniendo en cuenta el Calendario de Vacunación y La Guía de Salud;

VACUNACIÓN: COMPLETA- INCOMPLETA En caso de ser incompleta se debe realizar consulta médica

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA :

Recurrir a: Institución:.....
Domicilio: Teléfono:.....
Médico Apellido/s.....
Domicilio: Teléfono:.....
Familiar: Nombre:.....
Parentesco:.....
Domicilio:.....
Teléfono:.....

ACTUALIZACIONES:

Fecha:...../...../..... Anual: SÍ NO ¿Hay cambios? SÍ NO

Describe los cambios de salud del alumno:.....

Fecha:...../...../..... Anual: SÍ NO ¿Hay cambios? SÍ NO

Describe los cambios de salud del alumno:.....

Fecha:...../...../..... Anual: SÍ NO ¿Hay cambios? SÍ NO

Describe los cambios de salud del alumno:.....

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada. EL abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha:

Firma del responsable padre/madre o tutor:.....

Aclaración:.....

DNI:.....