



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 ALERGIA? ¿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 (60 días) 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:.....