



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 (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:.....