



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

**CICLO LECTIVO 2023**



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:.....