





INSTITUTO  
NUESTRA SEÑORA DE  
LAS NIEVES  
SUB TUUM PRAESIDIUM

# FICHA ANTECEDENTES DE SALUD INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

ENTREGAR ORIGINAL Y UNA COPIA EN PRECEPTORÍA HASTA EL 12/03/2024

**NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO/A** \_\_\_\_\_

## \*Alteraciones en el Aparato Respiratorio

Anomalías Respiratorias	SI	NO
Sinusitis	SI	NO
Anginas	SI	NO
Asma Bronquial	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar: .....

## \*Alteraciones en la Estructura Abdominal

Hernias	SI	NO
Cirugías	SI	NO
Úlceras Gastroduodenal	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar: .....

## \*Alteraciones en la Nutrición

Obesidad	SI	NO
Alteraciones Digestivas	SI	NO
Celiaquía	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar: .....

## \*Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular

Fracturas	SI	NO
Luxaciones	SI	NO
Esguinces	SI	NO
Lesiones Ligamentosas	SI	NO
Lesiones Musculares o Tendinosas	SI	NO
Correcta organización Columna vertebral	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar: .....

## \*Ha padecido o padece en la actualidad:

Convulsiones	SI	NO
Alteraciones en la Piel	SI	NO
Procesos Inflamatorios	SI	NO
Procesos Infecciosos	SI	NO
Diabetes	SI	NO
Dengue	SI	NO
Fiebre reumática	SI	NO
Hepatitis	SI	NO
Mal de Chagas	SI	NO
Parotiditis	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Vértigos/mareos	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar: .....



# FICHA ANTECEDENTES DE SALUD INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

ENTREGAR ORIGINAL Y UNA COPIA EN PRECEPTORÍA HASTA EL 12/03/2024

**NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO/A** \_\_\_\_\_

**\*Alergias**

Especificar y fechar: .....

**\*Agudeza visual.** ¿Usa lentes?

**\*Evaluación auditiva.** Normal                      SI                      NO

**\*Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:**

Cefaleas	SI	NO
Mareos	SI	NO
Vómitos	SI	NO
Cansancio extremo	SI	NO
Dolor en el Pecho	SI	NO
Dificultad para respirar	SI	NO
Pérdida de conciencia	SI	NO

Otros síntomas, detallar: .....

**\*¿Toma alguna medicación en forma regular?**

(Motivo – Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración)

**\*¿Ha sido Internado alguna vez?**                      SI                      NO

¿Cuándo? ..... ¿Porqué? .....

**\*¿Fue Operado en algún momento?**                      SI                      NO

¿Cuando? ..... ¿De qué? .....

**\*¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?**

Especificar: .....

## INFORME DEL PEDIATRA DE APTITUDES FÍSICAS Y NATACIÓN

(Espacio reservado para ser completado por el médico)

**RECORDAR QUE LA FECHA DE LA REVISIÓN Y APTO MÉDICO DEBE SER 2024**

Rp/

Dejo constancia de haber atendido a \_\_\_\_\_

quien en el momento del examen se encuentra **APTO/A – NO APTO/A** (tachar lo que no corresponde)  
para realizar Actividad Física Educativa y Natación según programas escolares acorde con su edad y sexo.

FIRMA y SELLO del MÉDICO \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**NOTA:** De existir cualquier tipo de impedimento para indicar NO APTO, hacer el detalle del mismo en otro certificado.



# FICHA ANTECEDENTES DE SALUD INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

ENTREGAR ORIGINAL Y UNA COPIA EN PRECEPTORÍA HASTA EL 12/03/2024

## OBSERVACIONES

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

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 algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha:

Firma padre, madre, tutor \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_