

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

\*Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO) ..... Edad actual años.....

\*DNI N° .....

\*Médico Pediatra/de familia..... Teléfono de contacto.....

\*Cobertura Médica..... Plan Número Afiliado.....

FOTO

\*Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

1. (Lugar – Dirección – Teléfono) .....

2. (Lugar – Dirección – Teléfono) .....

3. (Lugar – Dirección – Teléfono) .....

\*En caso de Emergencia comunicarse con:

1. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto) .....

2. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto) .....

### **Información General:**

\*Grupo Sanguíneo Factor..... RH..... Peso (kg)..... Estatura (cm.) .....

\*Vacunación Completa (incluye HPV)            SI                                    NO

Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar  
.....  
.....  
.....

\*Anomalías Congénitas                                    SI                                    NO

Detallar: .....

\*Otras anomalías que se debieran considerar

Detallar: .....

\*Alteraciones Neurológicas                                    SI                                    NO

Detallar: .....

\*Alteraciones Emocionales                                    SI                                    NO

Detallar.....

### **\*Alteraciones en el Aparato Cardiovascular**

Cardiopatías congénitas o Infecciosas                                    SI                                    NO

Arritmias o soplos                                    SI                                    NO

Circulatoria                                    SI                                    NO

Hipertensión Arterial                                    SI                                    NO

Hipercolesterolemia                                    SI                                    NO

Hemofílica                                    SI                                    NO

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

.....

**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 \_\_\_\_\_