

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD Y APTO FÍSICO

COLEGIO SAN MARTIN DE TOURS – MUJERES.



Sala / Grado / Año División Fecha

Nombre y Apellido

Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO)

Edad años.

DNI Dirección

Tel

Celular Padre/Madre

Médico Pediatra/de familia

Teléfono de contacto

Cobertura Médico

Plan

Número Afiliado

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

Peso kg. Estatura cm.

Grupo Sanguíneo Factor RH

Vacunación Completa SI NO

(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

Correcta organización Columna vertebral	SI	NO
Traumatismo de cráneo	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
Tos crónica	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

Alergias

Especificar y fechar:

Agudeza visual. ¿Usa lentes?	SI	NO
-------------------------------------	-----------	-----------

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:

Falta o no funcionamiento de algún órgano (ej. riñón, ojos)	SI	NO
---	----	----

¿Toma alguna medicación en forma regular?	SI	NO
---	----	----

Certifico que DNI _____ de _____ años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma y sello del Médico Interviniente

N° de Matrícula.