

## 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

Detallar:

**Alteraciones Emocionales** SI NO

Detallar:

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

Cardiopatías congénitas o Infecciosas SI NO

Arritmias o soplo SI NO

Circulatoria SI NO

Hipertensión Arterial SI NO

Hipercolesterolemia SI NO

Hemofílica SI NO

Palpitaciones SI NO

Alteraciones sanguíneas SI NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

### **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**

Alteraciones Digestivas SI NO

Celiaquía SI NO

Obesidad 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
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

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

¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO

Detallar:

¿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:

¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? SI NO

Detallar:

¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI NO

Desde (fecha): Motivo:

#### OBSERVACIONES

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

Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hija en caso de ser necesario.

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

Aclaración  
DNI de los padres

### **CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ...../...../20....

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.