



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD Y APTO FÍSICO

COLEGIO SAN MARTÍN 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
----------	----	----

Úlcera 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? ¿Por qué?.....

¿Fue operado en algún momento? SI NO

¿Cuándo? ¿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 de 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....., deaños 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

Nº de Matrícula