ASOCIACION CULTURAL ITALIANA
**CRISTOFORO COLOMBO**

FICHA 01
**DE ANTECEDENTES DE SALUD**

Apellido y nombre del alumno:

Fecha de nacimiento: / / Edad: Nivel: Inicial | Primaria | Media | Liceo

Curso: Turno (si correspondiere): Mañana | Tarde

Domicilio: Localidad: CP:

Teléfono: Celular: Otro teléfono:

Grupo Sanguíneo: Cobertura Médica: Plan:

Nº Afiliado: Teléfono urgencia cobertura:

## ANTECEDENTES (Marque con un círculo alrededor de la opción correspondiente)

**A) ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?**

| | | |
|---|---|---|
| Metabólicas (diabetes u otras) | Enf. Traumatológicas | Cardiopatías congénitas |
| Enf. Urológicas | Cardiopatías infecciosas | Enf. Dermatológicas |
| Enfermedad pulmonar (asma u otras) | Enf. Inmunológicas | Enf. digestivas |
| Enf. Psicosomáticas | Enf. neurológicas | |

Otro tipo de enfermedad:

**B) ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?**

Sarampión | Hepatitis | Parotiditis | Mononucleosis | Varicela | Rubeola | Otras:

**C) ¿Posee el calendario de vacunas actualizado?** SI | NO

(adjuntar fotocopias en caso de alumno nuevo o de ingreso a 1º Grado Escuela Primaria)

**D) ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?** SI | NO

En caso afirmativo indique el tipo de intervención/es y fecha/as

**E) ¿Toma medicamentos en forma permanente?** SI | NO

¿Cuáles?

¿Debe tomarlos en horario escolar? SI | NO

*(En caso de ser SI, es necesario presentar la prescripción médica.)*

**F) Apto Educación Física**

Certifico haber examinado a DNI Nº

quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica , actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad. Lugar y fecha:

Firma del profesional Aclaración de firma y Nº Matrícula

**G) Alguna otra situación particular que desee informar**

Firma del padre, madre o tutor Aclaración de firma