



**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_ N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Teléfono urgencia cobertura: \_\_\_\_\_

Nivel: Inicial | Primaria | Media | Liceo

Nombre del representante legal 1: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal 2: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES** (Marque con un x la opción correspondiente)

**Padece alguna de las siguientes enfermedades:**

	SI	NO		SI	NO
Metabólicas (diabetes u otras)			Traumatológicas		
Urológicas			Cardiopatías infecciosas		
Pulmonares (asma u otras)			Cardiopatías congénitas		
Psicosomáticas			Dermatológicas		
Inmunológicas			Digestivas		
Neurológicas			Soplos cardíacos		
Procesos infecciosos / inflamatorios			Alergias		

Otro tipo de enfermedad (especificar) \_\_\_\_\_

**Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:**

	SI	NO		SI	NO
Sarampión			Varicela		
Hepatitis			Rubeola		
Parotiditis			Mononucleosis		
Covid					

Otro tipo de enfermedad (especificar) \_\_\_\_\_



**Posee las vacunas actualizadas:** SI | NO

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

**Ha sido intervenido quirúrgicamente:** SI | NO

(En caso a afirmativo indique el tipo de intervención/es y fecha/as) \_\_\_\_\_

**Se encuentra en tratamiento con medicación permanente:** SI | NO

**Debe tomarlos en horario escolar:** SI | NO

(En caso afirmativo es necesario presentar la prescripción médica con el detalle de la dosis y horario para la toma y autorización del representante legal para el suministro del mismo)

**APTO EDUCACIÓN FÍSICA** (sección que deberá completar el médico pediatra y/o de cabecera)

Certifico haber examinado a \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_  
quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico

\_\_\_\_\_  
Aclaración y N° Matrícula

Los representantes legales de los menores, asumen el compromiso de dar a conocer de inmediato a las autoridades de la Institución, cualquier cambio o alteración en las condiciones de salud del alumno surgida con posterioridad a la firma de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal 1

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal 2

\_\_\_\_\_  
Aclaración