



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Inicial | Primaria | Media | Liceo

Apellido y nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Grupo Sanguíneo: _____

Domicilio: _____

Cobertura Médica: _____ Plan: _____ N° Afiliado: _____

Teléfono urgencia cobertura: _____

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