



Instituto Educacional Argentino. Nuestra Señora de Luján

A-61

Zamudio 5501-41/ Cochrane 2341/ Cochrane 2371  
1419 - Ciudad de Buenos Aires

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - CICLO LECTIVO 20....**

**1- DATOS PERSONALES**

Nombre y Apellido del/a Alumno/a: .....  
 Fecha de nacimiento: ...../...../..... Lugar de nacimiento: .....  
 Documento: ..... Domicilio: .....  
 Localidad: ..... Teléfono/s: ..... Celular: .....  
 Obra Social: ..... Socio N°: ..... Teléfono: .....  
 Servicio de Emergencia Médica: ..... Socio N°: .....  
 N° de Teléfono: .....  
 Médico de cabecera: ..... Teléfono/s: .....  
 En caso de urgencia en horario escolar avisar a: ..... Parentesco: .....  
 Documento: ..... Teléfono/s: ..... Celular: .....

**2- INFORMACIÓN GENERAL**

Grupo sanguíneo:	
Peso KG:	Estatura:
Vacunación completa: <b>SI / NO</b>	
Anomalías congénitas <b>SI / NO</b>	Detallar
Otras anomalías que debería considerar. Detallar	
Alteraciones neurológicas <b>SI / NO</b>	Detallar
Alteraciones emocionales <b>SI / NO</b>	Detallar
Cardiopatías congénitas o infecciosas <b>SI / NO</b>	Arritmias o soplos <b>SI / NO</b>
Hipertensión arterial <b>SI / NO</b>	Hipercolesterolemia <b>SI / NO</b>
Hemofílica <b>SI / NO</b>	Circulatoria <b>SI / NO</b>
Anomalías respiratorias <b>SI / NO</b>	Sinusitis <b>SI / NO</b>
Anginas <b>SI / NO</b>	Asma bronquial <b>SI / NO</b>
Fracturas <b>SI / NO</b>	Luxaciones <b>SI / NO</b>
Esguinces <b>SI / NO</b>	Lesiones ligamentosas <b>SI / NO</b>
Correcta organización de la columna vertebral <b>SI/NO</b>	Lesiones musculares o tendinosas <b>SI / NO</b>
Pie plano <b>SI / NO</b>	Hernias <b>SI / NO</b>
Obesidad <b>SI / NO</b>	Celiaquía <b>SI / NO</b>
Alteraciones digestivas <b>SI / NO</b>	¿Cuáles?
Ha padecido o padece en la actualidad	
Convulsiones <b>SI / NO</b>	Alteraciones en la piel <b>SI / NO</b>
Procesos inflamatorios <b>SI / NO</b>	Procesos infecciosos <b>SI / NO</b>
Diabetes <b>SI / NO</b>	Dengue <b>SI / NO</b>
Tuberculosis <b>SI / NO</b>	Fiebre reumática <b>SI / NO</b>



Instituto Educacional Argentino. Nuestra Señora de Luján

A-61

Zamudio 5501-41/ Cochrane 2341/ Cochrane 2371  
1419 - Ciudad de Buenos Aires

Hepatitis <b>SI / NO</b>		Mal de Chagas <b>SI / NO</b>	
Parotiditis <b>SI / NO</b>		Vértigos/Mareos <b>SI / NO</b>	
Sarampión <b>SI / NO</b>		Paperas <b>SI / NO</b>	
Mononucleosis infecciosa <b>SI / NO</b>			
Alergias. Especificar y fechar			
Agudeza visual. Usa lentes <b>SI / NO</b>		Evaluación auditiva normal <b>SI / NO</b>	
Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:			
Cefaleas <b>SI / NO</b>	Mareos <b>SI / NO</b>	Vómitos <b>SI / NO</b>	Cansancio extremo: <b>SI / NO</b>
Dolor en el pecho <b>SI/NO</b>	Dificultad para respirar: <b>SI / NO</b>	Pérdida de conciencia <b>SI / NO</b>	
Otros síntomas. Detallar			
¿Toma alguna medicación en forma regular? (Motivo-Descripción-Fecha estimada inicio del tratamiento-Dosis-Administración)			
Fue operado/a alguna vez? <b>SI / NO</b> ¿Cuándo? ¿Por qué?			
¿Ha sido internado alguna vez? <b>SI / NO</b> ¿Cuándo? ¿Por qué?			
¿En la actualidad existe alguna otra situación vinculada con la salud del/la alumno/a que corresponda informar? Especificar			

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE CONSTANCIA DE VACUNAS y EXAMEN BUCODENTAL

### 3- DECLARACION

Buenos Aires, ..... de ..... de 20.....

Por la presente, autorizo a la escuela a decidir en caso de urgencia el modo en que deberá darse primeros auxilios y atención médica necesaria a mi hijo/a, eximiéndola de toda responsabilidad frente a cualquier accidente no imputable a negligencia en el cuidado del mismo. Dejo constancia que asumo la responsabilidad por las omisiones y/o errores en que pudiera haber incurrido al cumplimentar la presente ficha médica declarando que los datos consignados, tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlo actualizados, notificando cualquier modificación que surja posteriormente a la entrega del apto físico extendido por el médico.

.....  
Aclaración

.....  
Firma del Padre

.....  
Aclaración

.....  
Firma de la Madre