



Obra de Santa Nazaria Ignacia  
"Bajar a la calle..."

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

**DATOS PERSONALES**

Apellido..... Nombres.....  
Sexo..... Edad..... DNI.....  
Fecha de nacimiento...../...../..... Sala/ grado/año: .....  
Domicilio..... Teléfonos.....  
Celular Madre..... Celular Padre.....  
Obra Social..... Nº de afiliado.....

Por Favor: Complete los datos con letra mayúscula imprenta, clara y legible. Tachar lo que no corresponda.  
Este documento deberá ser completado y firmado por un profesional médico.

**ANTECEDENTES DE SALUD**

Grupo Sanguíneo ..... Vacuna antitetánica Si / No Fecha: ...../...../.....  
Es alérgico a medicamentos: Si / No (especifique).....  
Es alérgico a alimentos: Si/ No (especifique).....

**Enfermedades que padeció, padece o es propenso: (En caso afirmativa, especificar en "Observaciones")**

Asma: Si /No	Bronquitis: Si /No	Resfríos: Si/No
Epilepsia: Si / No	Cardiopatías: Si/No	Constipación: Si/No
Desmayos: Si /No	Convulsiones: Si /No	Mononucleosis: Si /No
Bronco Espasmo: Si / No	Afecciones en Oídos: Si /No	Desviación de Columna: Si / No
Hernias inguinales, crurales: Si/no	Metabólicas- Diabetes: Si /No	Tratamiento psicológico: Si / No

**Observaciones:** .....  
.....  
.....

**Ha padecido en fecha reciente:**

Hepatitis (60 días): Si/No Sarampión (30 días): Si/no Parotiditis (30 días): Si/No  
Esguinces o luxaciones de tobillo, rodilla, hombro, codo; muñeca: Si/No ¿Cuándo? .....  
.....  
Contraindicación alimentaria: .....

Otras: .....

¿Fue hospitalizado? Si / No Motivo..... ¿Está tomando o toma regularmente algún medicamento? Si/ No ¿Cuál?.....

¿Se encuentra padeciendo procesos infecciosos o inflamatorios? Si/No (especifique).....

Antecedentes familiares: .....

**Importante:**

- Por favor consigne cualquier otra información que considere relevante respecto de la salud de su hijo y/o de cuidados que deban tenerse en cuenta. Consignar al dorso
- En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems anteriormente descriptos será necesario presentar junto a esta ficha el certificado médico en el que conste la afección consignada indicando si en virtud de la misma el alumno se encuentra incapacitado para efectuar actividad física y el tiempo estimado de tratamiento.
- **El presente documento reviste carácter de declaración jurada, siendo responsabilidad de los debajo firmantes la veracidad de los datos volcados.**

Durante el ciclo lectivo 20....., el niño/a: .....está APTO/A para:

- Realizar actividades recreativas a nivel escolar no competitivo.....SI – NO
- Realizar Educación Física acorde a su edad y desarrollo madurativo.....SI – NO

Bajo supervisión de personal idóneo

CABA...../...../20.....

.....  
Firma tutor responsable

.....  
Firma y sello médico

.....  
Aclaración

.....  
DNI