

INSTITUTO DÁMASA ZELAYA DE SAAVEDRA

Incorporado a la Enseñanza Oficial A-128



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