



**Instituto San Pedro  
Nolasco**

**NIVEL MEDIO**

FOTO

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,.....

Apellido y nombres del alumno/a:.....

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AÑO):..... Edad:.....

Documento Tipo y N°..... Domicilio:.....

Teléfono:..... Teléfono alternativo:.....

Curso:..... División:..... Turno:.....

Cobertura médica/ Obra social ..... Plan:..... N° de Afiliado:.....

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad: (Lugar, Dirección, Teléfono)

1.....  
.....

En caso de emergencia comunicarse con: (Apellido y Nombre, vínculo , teléfono de contacto)

1.....

2.....

3.....

Información General:

Grupo sanguíneo: ..... Factor:..... Peso:..... altura:.....

Posee Vacunación completa (Incluye HPV) SI NO

Es Alérgico/a a:.....

Consigne a continuación si el estudiante presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor detallar y fechar.

**Circule lo que corresponda**

Anomalías Congénitas	SI	NO	Detallar:.....
Otras anomalías	SI	NO	Detallar:.....
Alteraciones Neurológicas	SI	NO	Detallar:.....
Alteraciones emocionales	SI	NO	Detallar:.....

Alteraciones en el Aparato Cardiovascular:

Cardiopatías congénitas o Infecciosas	SI	NO
Arritmias o Soplos	SI	NO
Circulatoria	SI	NO
Hipertensión Arterial	SI	NO
Hipercolesterolemia	SI	NO
Hemofílica	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar.....

Alteraciones en el Aparato Respiratorio:

Anomalías Respiratorias	SI	NO
Sinusitis	SI	NO
Anginas	SI	NO
Asma Bronquial	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar.....

Alteraciones en el Aparato Abdominal:

Hernias	SI	NO
Cirugías	SI	NO
Úlceras Gastroduodenal	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar.....

Alteraciones en la nutrición:

Obesidad	SI	NO
Alteraciones Digestivas	SI	NO
Celiaquía	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar.....

Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular:

Fracturas	SI	NO
Luxaciones	SI	NO
Esguinces	SI	NO
Lesiones Ligamentosas	SI	NO
Lesiones musculares	SI	NO
Lesiones tendinosas	SI	NO
Correcta organización columna vertebral	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar.....

Ha padecido o padece en la actualidad:

Convulsiones	SI	NO
Alteraciones en la piel	SI	NO
Procesos inflamatorios	SI	NO
Procesos infecciosos	SI	NO
Diabetes	SI	NO
Dengue	SI	NO
Fiebre reumática	SI	NO
Hepatitis	SI	NO
Mal de chagas	SI	NO
Parotiditis	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Vértigo o mareos	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar.....

Alergias:

Especificar y fechar: .....

Agudeza visual. ¿Usa lentes?

Evaluación auditiva. Normal      SI      NO

Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:

Cefaleas                      SI      NO

Mareos                        SI      NO

Vómitos                        SI      NO

Cansancio extremo      SI      NO

Dolor en el pecho        SI      NO

Dificultad para respirar SI      NO

Pérdida de conciencia SI      NO

Otro síntoma, detallar .....

Toma alguna medicación en forma regular? Cuál? (motivo, descripción, fecha estimada inicio tto. Dosis administración)

.....

Ha sido Internado alguna vez? SI      NO

¿Cuándo? ¿Por qué?

.....

En la actualidad existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno/a que corresponda informar?

Especificar:

.....

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud en el tiempo de vigencia de esta ficha y /o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

.....  
Firma Progenitor/Responsable

.....  
Aclaración de firma

Fecha: .....

DNI del Progenitor/Responsable .....

**NOTA: Esta ficha debe ser entregada en Original y Fotocopia durante la primera semana del ciclo lectivo 2021. (sin excepción)**