



Centro Educativo
Orden de la Merced

INSTITUTO SAN PEDRO NOLASCO

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD – 2022-

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

Apellido y nombres del alumno:

Domicilio: Teléfono: Teléfono alternativo:

Curso: División: Turno: Edad:

Redondee lo que corresponda

- A. **Se encuentra padeciendo:**
- Procesos inflamatorios o infecciosos..... SI NO
- B. **Padece alguna de las siguientes enfermedades:**
- Metabólicas: Diabetes..... SI NO
 - Cardiopatías congénitas..... SI NO
 - Cardiopatías infecciosas..... SI NO
 - Hernias inguinales, crurales..... SI NO
 - Alergias..... SI NO
 - (manifestaciones)
- C. **Ha padecido en fecha reciente:**
- Hepatitis (60 días)..... SI NO
 - Sarampión (30 días)..... SI NO
 - Parotiditis (30 días)..... SI NO
 - Mononucleosis infecciosa (30 días)..... SI NO
 - Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)..... SI NO
- D. **Cirugías**..... SI NO
- E. **Internaciones recientes: (causas)**
- F. **Alguna otra situación particular determinada por el médico**..... SI NO
- Cuál?**.....
-
- G. **¿Toma medicamentos en forma permanente?**..... SI NO
- Indique cuáles:.....
-
- H. **¿Está apto para realizar Educación Física?**..... SI NO
- NOTA: En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítem señalados precedentemente deberá presentar juntamente con el formulario el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no, para efectuar actividad física.
- I. **¿Tiene las vacunas actualizadas? (Adjuntar fotocopias)**..... SI NO
- J. **¿Posee cobertura médica?**..... SI NO
- Cuál.....Nº de Afiliado:.....

Domicilio y teléfono de la Cobertura Médica.....

.....

TRATAMIENTOS CON PROFESIONALES DE LA SALUD

- Médico clínico, especialista..... SI NO
- Psiquiatra..... SI NO
- Psicólogo..... SI NO
- Psicopedagogo..... SI NO
- Neurólogo..... SI NO

- Tratamientos previos..... SI NO
- Tratamientos en curso..... SI NO
- Diagnóstico..... SI NO

Indicaciones del profesional para la escuela.....

.....

Alta..... SI NO

Informe del alta.....

.....
Firma del Médico

.....
Aclaración de Firma y sello de Matrícula Profesional

**AUTORIZO A QUE UN REPRESENTANTE DEL INSTITUTO SAN PEDRO NOLASCO ACTÚE
CON LA PREMURA QUE LA SITUACIÓN LO REQUIERA, EN CASO DE ACCIDENTE Y NO
HABIENDO PODIDO COMUNICARSE PREVIAMENTE CON LOS PADRES.**

.....
Firma del Padre/Madre/Responsable Legal

.....
Aclaración de firma