



1. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

2. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

Información General:

*Grupo Sanguíneo	Factor RH	.	*Peso kg.	*Estatura	cm.
*Vacunación Completa (incluye HPV)	SI	NO			

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 especificar y fechar.

*Anomalías Congénitas	SI	NO
-----------------------	----	----

Detallar:

\*Otras anomalías que se debieran considerar

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 la Estructura 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 o 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
Vértigos/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



\*Cobertura Médica

Plan

Número Afiliado

\*Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

(Lugar – Dirección – Teléfono)

(Lugar – Dirección – Teléfono)

3. (Lugar – Dirección – Teléfono)

\*En caso de Emergencia comunicarse con:

1. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

2. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

#### INFORMACIÓN GENERAL

\*Peso kg. \*Estatura cm.

\*¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad?

SI NO

Desde (fecha)

Motivo:

\*¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad?

SI NO

Detallar:

\*¿Ha sido Internado o sufrido lesiones de consideración en el último año?

SI NO

Detallar:

\*¿En el último año, ha sido intervenido quirúrgicamente?

SI NO

Detallar:

\*¿Toma alguna medicación?

SI NO

Motivo - Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración

\*¿Tiene contraindicado algún medicamento?

SI NO

Detallar:

\*¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar?

SI NO

Detallar:

\*¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar?

Especificar:

## **OBSERVACIONES**

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

Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último, 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 durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha - Firma, aclaración y documento de identidad de los progenitores.

### **3. CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (Fecha).

Certifico que DNI \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma y sello del Médico Interviniente

Opcional: Dirección de correo electrónico – Teléfono de contacto

Digitally signed by Beatriz Jauregui  
Date: 2019.10.22 15:06:06 ART  
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Beatriz Jauregui  
Director General  
D.G. DE EDUCACION DE GESTION PRIVADA  
MINISTERIO DE EDUCACION E INNOVACION

Digitally signed by Comunicaciones  
Oficiales  
DN: cn=Comunicaciones Oficiales  
Date: 2019.10.22 15:06:09 -03'00'