



FICHA ANTECEDENTES DE SALUD

Fecha:

Nombre y Apellido del alumno/a

Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO)

Edad actual:

DNI N°

Médico Pediatra/de familia:

Teléfono de contacto:

Cobertura Médica:

Plan:

Número de afiliado:

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:
(completar en el siguiente orden: lugar – dirección – teléfono)

- 1.
- 2.
- 3.

En caso de Emergencia comunicarse con: (completar en el siguiente orden:
apellido y nombre, vínculo con el menor, teléfonos de contacto)

- 1.
- 2.

INFORMACIÓN GENERAL:

Grupo Sanguíneo:

Factor RH:

Peso kg.:

Estatura en cms.:

¿Vacunación Completa? SÍ/NO:

Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual.

Responder con SÍ o No. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

¿Anomalías Congénitas?

Detallar:

Otras anomalías que se debieran considerar:

Detallar:



¿Alteraciones Neurológicas?

Detallar:

¿Alteraciones Emocionales?

Detallar:

Alteraciones en el Aparato Cardiovascular (responder con SÍ o NO)

¿Cardiopatías congénitas o Infecciosas?

¿Arritmias o soplos?

¿Circulatoria?

¿Hipertensión Arterial?

¿Hipercolesterolemia?

¿Hemofílica?

Otras situaciones a considerar

Detallar:

Alteraciones en el Aparato Respiratorio (responder con SÍ o NO)

¿Anomalías Respiratorias?

¿Sinusitis?

¿Anginas?

¿Asma Bronquial?

Otras situaciones a considerar:

Detallar:

Alteraciones en la Estructura Abdominal (responder con SÍ o NO)

¿Hernias?

¿Cirugías?

¿Úlcera Gastroduodenal?

Otras situaciones a considerar

Detallar:

Alteraciones en la Nutrición (responder con SÍ o NO)

¿Obesidad?

¿Alteraciones Digestivas?

¿Celiaquía?

Otras situaciones a considerar

Detallar:

Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular (responder con SÍ o NO)

¿Fracturas?

¿Luxaciones?



¿Esguinces?
¿Lesiones Ligamentosas?
¿Lesiones Musculares o Tendinosas?
¿Correcta organización Columna vertebral?
Otras situaciones a considerar
Detallar:

Ha padecido o padece en la actualidad: (responder con SÍ o NO)

¿Convulsiones?
¿Alteraciones en la piel? ¿Cuál?
¿Procesos Inflamatorios?
¿Procesos Infecciosos?
¿Diabetes?
¿Dengue?
¿Fiebre reumática?
¿Hepatitis?
¿Mal de Chagas?
¿Parotiditis?
¿Tuberculosis?
¿Vértigos/mareos?
Otras situaciones a considerar
Detallar:

Alergias

Especificar y fechar: (responder con SÍ o NO)

Agudeza visual. ¿Usa lentes?:

Evaluación auditiva. ¿Normal?:

Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez: (responder con SÍ o NO)

¿Cefaleas?
¿Mareos?
¿Vómitos?
¿Cansancio extremo?
¿Dolor en el Pecho?
¿Dificultad para respirar?
¿Pérdida de conciencia?
Otros síntomas
Detallar:



¿Toma alguna medicación en forma regular? (responder con SÍ o NO y, en caso de contestar afirmativamente completar con el Motivo – descripción – fecha estimada de inicio de tratamiento – dosis – administración):

¿Ha sido internado alguna vez?

¿Cuándo? ¿Por qué?

¿Fue operado en algún momento?

¿Cuándo? ¿De qué?

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

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 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:

Nombre y apellido:

Tipo y N° de Documento:

Adjuntar certificado de aptitud física completo por el médico pediatra del alumno/a

El mismo debe tener un texto similar al que transcribimos aquí abajo:

Lugar y fecha

Certifico que IOIOIOIOIOIOIOIOI DNI N° IOIOIOIO de años IO 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,



Eccleston
School

Av. Carabobo 56 (CABA)
4631-4194/2255
info@ecclestonschool.edu.ar

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: