# FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2024

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sala \_\_\_\_\_\_\_ Grado\_\_\_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_\_\_\_ Sección: Inicial – Primario – Medio

Domicilio (indicar piso y dpto.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos para emergencias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ANTECEDENTES | SI | NO | ESPECIFICACIONES |
| **SE ENCUENTRA PADECIENDO:** | \*\* | \*\* |  |
| Procesos inflamatorios |  |  |  |
| Procesos infecciosos |  |  |  |
| **PADECE ENFERMEDADES:** | \*\* | \*\* |  |
| Metabólicas: Diabetes-hipotiroidismo/hipertiroidismo-déficit enzimático-fibrosis quística-etc. |  |  |  |
| Cardiopatías congénitas. Especificar tratamientos. |  |  |  |
| Soplos cardíacos *(en caso afirmativo especificar de qué tipo)* |  |  |  |
| Hernias *(en caso afirmativo especificar de qué tipo)* |  |  |  |
| Problemas dermatológicos: dermatitis *(en caso afirmativo especificar)* |  |  |  |
| Alergias *(en caso afirmativo especificar)* |  |  |  |
| Alergias: Leve o Grave. Tratamiento Recibido. |  |  |  |
| Problemas respiratorios: bronquitis obstructivas, asma post ejercicio, etc. |  |  |  |
| Convulsiones o equivalentes *(en caso afirmativo especificar)* |  |  |  |
| Patologías intestinales *(obstrucciones, constipación, intolerancia a algún alimento; especifique)* |  |  |  |
| Enfermedades Autoinmunes *(en caso afirmativo especificar)* |  |  |  |
| Alteraciones en las articulaciones o en columna vertebral *(en caso afirmativo especificar)* |  |  |  |
| Hepatitis (últimos 60 días) |  |  |  |
| Parotiditis (últimos 30 días) |  |  |  |
| Mononucleosis infecciosa (últimos 30 días) |  |  |  |
| ¿Alguna intervención quirúrgica en los últimos 60 días*? (en caso afirmativo especificar de qué tipo)* |  |  |  |
| ¿Tiene las vacunas actualizadas? |  |  |  |
| ¿Alguna situación particular determinada por el médico? *(en caso afirmativo especificar)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Está en tratamiento con medicación permanente? *(en caso afirmativo especificar)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿El niño se encuentra APTO para realizar actividad física escolar durante el presente ciclo lectivo? *(Cualquier modificación surgida con posterioridad a la firma de este documento, deberá comunicarse mediante certificado médico)* |  |  |  |

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: …………….….………………………………..

**En cumplimiento de la reglamentación vigente, toda derivación dispuesta por el servicio de emergencia se hará a un hospital público, excepto que la situación permita localizar a los padres y estos retiren al alumno y lo trasladen al centro médico de su preferencia y bajo su exclusiva responsabilidad.**

……………………………………..…….. ……….………………………………………..

 Firma de la Madre / Aclaración Firma del Padre / Aclaración