# 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 | ESPECIFICACIONES | SI | NO |
| **SE ENCUENTRA PADECIENDO:** |  | \*\* | \*\* |
| Procesos inflamatorios |  |  |  |
| Procesos infecciosos |  |  |  |
| **PADECE ENFERMEDADES:** |  |  |  |
| Metabólicas: Diabetes-hipotiroidismo/hipertiroidismo-déficit enzimático-fibrosis quística-etc. |  |  |  |
| Cardiopatías congénitas |  |  |  |
| Soplos cardíacos (si contesta si, especifique de que tipo) |  |  |  |
| Hernias (si contesta si, especifique tipo) |  |  |  |
| Problemas dermatológicos: Alergias/dermatitis (si contesta si, especifique) |  |  |  |
| Problemas respiratorios: Bronquitis obstructivas, asma post ejercicio, etc. |  |  |  |
| Convulsiones o equivalentes (si contesta si, especifique a que) |  |  |  |
| Patologías intestinales (obstrucciones, constipación, intolerancia a algún alimento: especifique) |  |  |  |
| Enfermedades Autoinmunes (si contesta si, especifique) |  |  |  |
| Alteraciones en las articulaciones o en columna vertebral; (si contesta si, especifique) |  |  |  |
| **HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE:** |  |  |  |
| Hepatitis (últimos 60 días) |  |  |  |
| Parotiditis (últimos 30 días) |  |  |  |
| Mononucleosis infecciosa (últimos 30 días) |  |  |  |
| Alguna intervención quirúrgica (últimos 60 días); (si contesta si, especifique de que tipo). |  |  |  |
| **Alguna situación particular determinada por el médico (si contesta si, especifique).**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| **Está en tratamiento con medicación permanente? (si contesta si, especifique y adjunte certificados e indicaciones):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| **¿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.)** |  |  |  |
| **Tiene las vacunas actualizadas.** |  |  |  |

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **FIRMA Y SELLO DEL MEDICO**: ………………………………………..

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