



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2026

Apellido y nombres: _____

Sala _____ Grado _____ Año: _____ División: _____ Sección: Inicial – Primario – Medio

Domicilio (indicar piso y dpto.): _____

Emergencias Obra Social: _____ Número Socio: _____

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 <i>(en caso afirmativo especificar de qué tipo)</i>			
Hernias <i>(en caso afirmativo especificar de qué tipo)</i>			
Problemas dermatológicos: dermatitis <i>(en caso afirmativo especificar)</i>			
Alergias <i>(en caso afirmativo especificar)</i>			
Alergias: Leve o Grave. Tratamiento Recibido.			
Problemas respiratorios: bronquitis obstructivas, asma post ejercicio, etc.			
Convulsiones o equivalentes <i>(en caso afirmativo especificar)</i>			
Patologías intestinales <i>(obstrucciones, constipación, intolerancia a algún alimento; especifique)</i>			
Enfermedades Autoinmunes <i>(en caso afirmativo especificar)</i>			
Alteraciones en las articulaciones o en columna vertebral <i>(en caso afirmativo especificar)</i>			
Hepatitis (últimos 60 días)			
Parotiditis (últimos 30 días)			
Mononucleosis infecciosa (últimos 30 días)			
¿Alguna intervención quirúrgica en los últimos 60 días? <i>(en caso afirmativo especificar de qué tipo)</i>			
¿Tiene las vacunas actualizadas?			
¿Alguna situación particular determinada por el médico? <i>(en caso afirmativo especificar)</i>			

¿Está en tratamiento con medicación permanente? <i>(en caso afirmativo especificar)</i>			

¿El niño se encuentra APTO para realizar actividad física escolar durante el presente ciclo lectivo? <i>(Cualquier modificación surgida con posterioridad a la firma de este documento, deberá comunicarse mediante certificado médico)</i>			

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