



# VILLA DEVOTO SCHOOL

## KINDERGARTEN

### FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRE:.....  
CURSO:.....FECHA DE NACIMIENTO:..... SEXO:.....  
GRUPO SANGUÍNEO:.....FACTOR RH:..... TELEFONO:.....

- a) ¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos? SI NO  
¿Cuál? .....  
¿Está en tratamiento? SI NO ¿En qué consiste? .....
- b) ¿Es alérgico? SI NO ¿A qué? (fundamentalmente a medicamentos).....  
¿Cómo lo manifiesta?.....
- c) ¿Toma algún medicamento? SI NO ¿Cuál?..... ¿Por qué?.....
- d) ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?  
\*Metabólicas: SI NO \*Cardiopatías infecciosas: SI NO  
\*Cardiopatías congénitas: SI NO \*Hernias inguinales, crurales: SI NO
- e) ¿Ha tenido operaciones? SI NO ¿Cuáles? .....  
¿Ha tenido convulsiones? SI NO  
¿Sufrió algún accidente? SI NO ¿Cuál? .....
- f) ¿Ha padecido en fecha reciente?:  
\*Hepatitis (60 días) : SI NO \*Sarampión (30 días) : SI NO  
\*Parotiditis (30 días) : SI NO \*Mononucleosis infecciosa (30 días) : SI NO
- g) ¿Ha sufrido esguinces o luxaciones de?:  
\*Tobillo (60 días) : SI NO  
\*Hombro (60 días) : SI NO  
\*Muñeca (60 días) : SI NO
- h) ¿Qué enfermedades ha padecido durante el último año?.....
- i) Vacunas:  
\* Sabín (fecha).....  
\* Triple Bacteriana (fecha) .....  
\* Triple Viral (fecha) .....
- j) Otras consideraciones que crea oportuno tener en cuenta:.....



# VILLA DEVOTO SCHOOL

## KINDERGARTEN

k) La atención médica de mi hijo está prevista por medio de:

- Obra Social o Prepaga: .....

- El N° de afiliado / socio es: .....

- Teléfono de emergencia médica al cual llamar para contactar derivación / atención: .....

- Centro médico al cual derivar en caso de emergencia:

Denominación: .....

Dirección: .....

Localidad: ..... Teléfono: .....

1) ¿Quién permanece en su hogar mientras el alumno está en el colegio?

.....

2) Si usted trabaja, dirección y teléfono del trabajo:

.....

3) Colocar apellido y nombre, parentesco, domicilio y teléfono de la persona que se haría cargo en caso de no localizar a los padres:

.....

.....

Firma del Padre, Madre o Tutor:.....

Aclaración:.....

DNI: .....

CERTIFICO QUE EL ALUMNO.....  
SE ENCUENTRA FÍSICAMENTE APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA.

FIRMA DEL MÉDICO:.....SELLO ACLARATORIO Y M.P.:.....

FECHA:.....