



VILLA DEVOTO SCHOOL

(A – 327)

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 a padecido durante el último año?.....
- i) Vacunas:
*Triple o doble (fecha).....
*Antitetánica (fecha).....
- j) Otras consideraciones que crea oportuno tener en cuenta:.....

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:..... | |