



VILLA DEVOTO SCHOOL

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2017

(Sólo **PRIMER GRADO** debe adjuntar **certificado oftalmológico**)

APELLIDO Y NOMBRE:

CURSO:..... **FECHA DE NACIMIENTO:**..... **SEXO:**.....

GRUPO SANGUÍNEO:..... **FACTOR RH:**.....**TELÉFONO:**.....

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 ¿Motivo?

¿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:

*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:

.....

l) Centro médico al cual derivar en caso de emergencia:

Denominación:

Dirección:

Localidad: Teléfono:

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

.....

Si usted trabaja, indique dirección y teléfono del trabajo:

.....

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 DURANTE EL
CICLO LECTIVO 2017.**

FIRMA DEL MÉDICO:.....

SELLO ACLARATORIO Y M.P.:.....

FECHA:.....