



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
Secretaría de Educación- Secretaría de Salud
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

DATOS DEL ALUMNO:

AÑO: DIV.:

APELLIDOS Y NOMBRES:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... EDAD:AÑOS D.N.I.:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

NOMBRE PADRE/MADRE: TELEFONO:

OTRO TELEFONO: PERTENECIENTE: VINCULO:

POSEE COBERTURA MEDICA: SI - NO NOMBRE: N° DE AFILIADO:

POSEE **L.O.S.E.**: SI - NO FECHA DE ACTUALIZACION:/...../.....

ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
1) ¿PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?			
DIABETES			
ENFERMEDAD CARDIACA (SOPLO, PALPITACIONES, HIPERTENSION)			
HERNIA			
ALERGIA (ACLARAR A QUE Y COMO TRATARLA)			
CONVULSIONES			
ASMA			
SINUSITIS, ADENOIDES, OTITIS (A REPETICION)			
OTRAS (ACLARAR CUAL)			
2) OPERACIONES (ACLARAR MES Y AÑO)			
DE APENDICITIS			
OTRAS			
3) EN LOS ULTIMOS 2 MESES ¿TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?			
HEPATITIS			
SARAMPION			
PAPERAS			
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA			
TUBERCULOSIS			
4) MANIFIESTA ALGUN PROBLEMA....			
...AUDITIVO ¿Cuál?			
...VISUAL ¿Cuál?			
...EL SUEÑO O EL DORMIR ¿Cuál?			
...CUANDO VIAJA EN ALGUN MEDIO DE TRANSPORTE ¿Cuál?			
...CON LA PRACTICA DE DEPORTES ¿Cuál?			
...PARA RETENER EL PIS			
...DE DESVIACION DE COLUMNA ¿Cuál?			
...DE PERDIDA DE CONOCIMIENTO			
...DE DESMAYO POR GOLPE DE CALOR			
5) ¿POSEE ALGUN FAMILIAR DIRECTO FALLECIDO ANTES DE LOS 45 AÑOS POR FALLA CARDIACA SUBITA?			
6) ¿ACTUALMENTE TOMA ALGUN MEDICAMENTO? Indique el nombre de la medicación y duración del tratamiento			
7) INDIQUE SI SABE NADAR			

Otras indicaciones que le parezca importante señalar:

.....
.....

La presente es solo una declaración del adulto responsable del niño/ joven a su cargo para conocimiento de la escuela por lo tanto, no requiere firma de profesional medico alguno.
Se indica, que se deberá adjuntarse obligatoriamente a esta ficha "Certificado de Apto Físico" expedido por profesional médico, sin este requisito el alumno no podrá realizar actividades.

.....
FIRMA DEL ADULTO RESPONSABLE

.....
ACLARACIÓN

D.N.I.: