



VILLA DEVOTO SCHOOL

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2024

(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 y con qué frecuencia?.....

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/tutor.....

aclaración:.....

DNI:_____

CERTIFICO QUE.....

DNI.....SE ENCUENTRA APTO/A PARA REALIZAR

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA DURANTE EL CICLO LECTIVO 2024.

FIRMA DEL MÉDICO/A:.....

SELLO ACLARATORIO Y M.P.....