



**VILLA DEVOTO SCHOOL**  
**(A-327)**

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**

APELLIDO Y NOMBRE:.....

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

GRUPO SANGUINEO:.....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:

\*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:.....

**Estas fichas deben ser entregadas el primer día de clases con fecha del año en curso.**