



VILLA DEVOTO SCHOOL

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2025

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

APELLIDO Y NOMBRE: **CURSO:**.....

DNI:..... **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**

*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:

CERTIFICO QUE.....

**DNI.....SE ENCUENTRA APTO/A PARA REALIZAR
ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA DURANTE EL CICLO LECTIVO 2025.**

FIRMA DEL MÉDICO/A:.....

SELLO ACLARATORIO Y M.P.....