**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**

CICLO LECTIVO 2023

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | ***Chaco, Villa Ángela,.........de.....................*** | | | | ***de...........*** |
| **Apellido y Nombres:** | | | |  |  | **D.N.I.:** | |  |
|  |  |  |  |  | Tachar lo que No corresponda | | |  |
|  |  |  | **Antecedentes** | | |  |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |  |
| ¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios e infecciosos? | | | | | |  | **Si** | **No** |
|  | | |  |  | |  |  |  |
| Padece alguna de las siguientes enfermedades: | | | | | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | Metabólicas: diabetes | | |  |  |  | **Si** | **No** |
|  | | |  |  |  |  |  |  |
|  Cardiopatías congénitas o infecciosas | | | |  |  |  | **Si** | **No** |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | Hipotiroidismo | | |  |  |  | **Si** | **No** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hernias |  |  |  |  |  | **Si** | **No** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Alergias |  | ¿A que?:............................................................................. |  |  |  | **Si** | **No** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Asma |  |  |  |  |  | **Si** | **No** |
|  | | | |  |  |  |  |  |
| ¿Ha padecido en fecha reciente ?... | | | |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |
|  | Hepatitis (60 días) | | |  |  |  | **Si** | **No** |
|  | | | |  | |  |  |  |
|  Sarampión, Parotiditis o Mononucleosis infecciosa (30 días) | | | | | |  | **Si** | **No** |
|  | | | |  | |  |  |  |
|  Esguinces o luxaciones de: tobillo, hombro o muñeca (60 días) | | | | | |  | **Si** | **No** |
|  | | | |  | |  |  |  |
|  Fracturas de: tobillo, cadera, hombro o muñeca (60 días) | | | | | |  | **Si** | **No** |
|  | | | |  |  |  |  |  |
| ¿Tiene las vacunas actualizadas? | | | |  |  |  | **Si** | **No** |
|  | |  |  |  | |  |  |  |
| Antitetánica | |  |  | Ultima dosis:/ / | |  | **Si** | **No** |
|  | | | |  | |  |  |  |
| ¿Toma medicamentos en forma | | | | Indique cual:............................................ | |  | **Si** | **No** |
|  | permanente? |  |  | ................................................................. |  |  |  |  |



Alguna otra situación particular determinada por el médico. ¿Cuál?....................................................

................................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Posee **cobertura médica**?¿Cuál?............................................................................... | **Si** | **No** |
| Nºafiliado…………….Teléfonos................................................................................. |  |  |
| ¿ESTA APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA? | **Si** | **No** |
|  |  |  |

PARA LAS FAMILIAS

.................................................

Firma y Sello del médico

* En caso de que el alumno necesitara ingerir remedios durante el horario escolar, deberá enviar la autorización correspondiente. El docente no está autorizado a hacerlo.
* La familia se compromete a informar ante cualquier circunstancia.

- Se autoriza a la Institución a tomar las medidas necesarias para salvaguardar la salud de mi hijo/a y a

trasladarlo al hospital público o privado de ser necesario. La Institución se comunicará telefónicamente con

la familia.

.

……………………………….

………………………………………

. ……………………

Firma de Resp. Parentales

Aclaración

Tipo y Nº de documento

IMPORTANTE: DEBERÁ ESTAR COMPLETA, FIRMADA Y SELLADA POR EL MÉDICO DE LO CONTRARIO

NO TENDRÁ VALIDEZ.