



INSTITUTO HIJAS DE JESÚS A-140

Arzobispado de Buenos Aires

Olazábal 3871. TE: 4542-6441

CICLO LECTIVO 2019

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Por Favor: Complete los datos con letra mayúscula imprenta, clara y legible. Tachar lo que no corresponda. Este documento deberá ser completado y firmado por un profesional médico.

DATOS PERSONALES

Apellido	Nombres	
Sexo.....	Edad.....	DNI.....
Fecha de nacimiento...../...../.....	Sala/ Grado.....	
Domicilio.....	Teléfonos.....	
Celular Madre.....	Celular Padre.....	
Obra Social.....	Nº de afiliado.....	

ANTECEDENTES DE SALUD

Grupo Sanguíneo Vacuna antitetánica Si / No Fecha:...../...../.....

Es alérgico a medicamentos: Si / No (especifique).....

Es alérgico a alimentos: Si/ No (especifique).....

Enfermedades que padeció, padece o es propenso:

Asma: Si /No

Bronquitis: Si /No

Resfríos: Si/No

Epilepsia: Si / No

Cardiopatías: Si/No

Constipación: Si/No

Desmayos: Si /No

Convulsiones: Si /No

Mononucleosis: Si /No

Bronco Espasmo: Si / No

Afecciones en Oídos: Si /No

Desviación de Columna: Si / No

Hernias inguinales, crurales: Si/no

Metabólicas- Diabetes: Si /No

Tratamiento psicológico: Si / No

Ha padecido en fecha reciente:

Hepatitis (60 días): Si/No

Sarampión (30 días): Si/no

Parotiditis (30 días): Si/No

Esguinces o luxaciones de tobillo, rodilla, hombro, codo; muñeca: Si/No ¿Cuándo?:.....

Contraindicación alimentaria:.....

Otras:.....

¿Fue hospitalizado? Si / No Motivo.....

¿Está tomando o toma regularmente algún medicamento? Si/ No ¿Cuál?.....

¿Se encuentra padeciendo procesos infecciosos o inflamatorios? Si/No (especifique).....

Antecedentes familiares:.....

Importante:

- Por favor consigne cualquier otra información que considere relevante respecto de la salud de su hijo y/o de cuidados que deban tenerse en cuenta. Consignar al dorso
- En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems anteriormente descriptos será necesario presentar junto a esta ficha el certificado médico en el que conste la afección consignada indicando si en virtud de la misma el alumno se encuentra incapacitado para efectuar actividad física y el tiempo estimado de tratamiento.
- **El presente documento reviste carácter de declaración jurada, siendo responsabilidad de los debajo firmantes la veracidad de los datos volcados, y carece de validez si no se encuentra refrendado por un profesional médico.**

DURANTE EL CICLO LECTIVO 2019 ESTA APTO PARA:

* Realizar Natación a nivel escolar no competitivo SI - NO

* Realizar Educación Física acorde a su edad y desarrollo madurativo SI – NO

Buenos Aires dede 2019

.....

Firma del Padre/ Madre /Tutor

.....

Aclaración

DNI:.....

.....

Firma y sello de médico

