



**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**  
**CICLO LECTIVO 2022 – Nivel SECUNDARIO**

*Buenos Aires, .....de.....de.....*

<b>Apellido y Nombres:</b>		<b>D.N.I.:</b>	
<b>Domicilio:</b>			<b>Edad:</b>
<b>Cobertura médica</b>	<b>Nombre:</b>	<b>N° de afiliado:</b>	
	<b>Teléfono:</b>	<b>Plan:</b>	
<b>Grupo Sanguíneo:</b>		<b>Peso:</b>	<b>Estatura:</b>
<b>Contactos</b>	<b>Particular:</b>	<b>Mail:</b>	
	<b>Celular Padre:</b>	<b>Celular Madre:</b>	

Tachar lo que No corresponda

<b>Antecedentes</b>		
<b>Vacunación completa</b> (incluye HPV)	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Anomalías congénitas.</b> Detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Alteraciones neurológicas.</b> Detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Alteraciones emocionales.</b> Detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Alteraciones en el aparato cardiovascular.</b> Redondear lo que corresponda: arritmias o soplos – circulatoria – hipertensión arterial hipercolesterolemia – hemofílica Otras a detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Alteraciones del aparato respiratorio.</b> Redondear lo que corresponda: Anomalias respiratorias – sinusitis – anginas – asma bronquial Otras a detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Alteraciones en la estructura abdominal.</b> Redondear lo que corresponda: Hernias – cirugías – úlceras gastroduodenal Otras a detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Alteraciones nutricionales.</b> Redondear lo que corresponda: Obesidad – alteraciones digestivas – celiaquía Otras a detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Alteraciones en la estructura muscular y osteoarticular.</b> Redondear lo que corresponda: Fracturas – Luxaciones – Esguinces – Lesiones ligamentosas Lesiones musculares o tendinosas – Correcta organización columna vertebral Otras a detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Ha padecido o padece...</b> Redondear lo que corresponda: Convulsiones – Procesos infecciosos – Diabetes Dengue – Fiebre reumática – Hepatitis Mal de Chagas – Paroditis – Tuberculosis - Covid	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Ha padecido o padece...</b> Redondear lo que corresponda: Alteraciones de la piel – Vértigos - Mareos	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Alergias</b> Detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Agudeza Visual.</b> ¿Usa lentes? Detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Evaluación auditiva. Normal</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>

