



**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**  
**CICLO LECTIVO 2024 – 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>Si</b>	<b>No</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>

<b>Durante o inmediatamente después de la realización física, ha padecido alguna vez:</b> Cefaleas – Mareos – Vómitos – Cansancio extremo Dolor en el pecho – Dificultad para respirar – Perdida de conciencia Otros síntomas a detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>¿Toma medicamentos en forma permanente?</b> Motivo, fecha de iniciación de tratamiento, dosis. Detallar:	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Operaciones:</b> ¿Cuáles y cuándo?	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Otra situación vinculada con la salud a informar:</b>  		
Avaló los datos de salud volcado en la presente ficha. Considero que el alumno está en condiciones para desarrollar actividades físicas de acuerdo a su edad, sexo, grado de crecimiento y desarrollo en actividades escolares y propias del área de la educación física, viajes educativos, salidas de estudio y recreativas, sean las mismas de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extracurriculares. De no estar apto, acompañar certificado con diagnóstico y tiempo aproximado de recuperación.	<b>APTO</b>	<b>NO APTO</b>
<p style="text-align: center;">.....</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Teléfono contacto médico o correo electrónico (opcional)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Firma y sello del médico</p> </div> </div>		

## PARA LAS FAMILIAS

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.

Autorizo al instituto Ntra. Sra. de Lourdes a tomar las medidas necesarias para salvaguardar la salud de mi hijo/a, a prestar atención médica del servicio de emergencias contratado por la escuela y al trasladarlo al hospital público de ser necesario. El instituto se comunicará telefónicamente con la familia.

Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del instituto, dentro de los cinco días hábiles y de forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo.

.....  
Firma del padre, madre o responsable

.....  
Aclaración

.....  
Tipo y N° de documento

### IMPORTANTE:

- DEBERÁ ESTAR COMPLETA, FIRMADA Y SELLADA POR EL MÉDICO A PARTIR DE NOVIEMBRE DE 2023 DE LO CONTRARIO NO TENDRÁ VALIDEZ.
- PRESENTAR AL PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA EXCLUSIVAMENTE EN PRIMER DIA DE CLASES.
- LUEGO FIRMAR Y ACLARAR POR FAMILIAR A CARGO.