



**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**  
**CICLO LECTIVO 2025 – Nivel SECUNDARIO**

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

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

