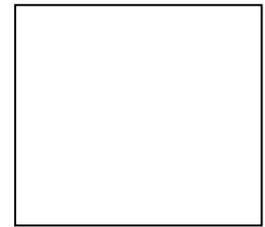




Escuela Superior de Comercio
"Carlos Pellegrini"

**FICHA ANTECEDENTES DE SALUD –
Escuela Superior de Comercio
"CARLOS PELLEGRINI"**



Apellido y Nombre del Alumno: Fecha:...../...../.....

Fecha Nacimiento:...../...../..... Edad Actual:..... años DNI N°.....

Médico Pediatra/de familia:.....Teléfono de contacto:.....

Cobertura Médica:..... Plan:..... Número Afiliado:.....

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

1. Lugar:.....Dirección:.....Tel.:.....

2. Lugar:.....Dirección:.....Tel.:.....

En caso de Emergencia comunicarse con:

Apellido/nombre:.....vínculo:.....Tel. de contacto:.....

Apellido/nombre:.....vínculo:.....Tel. de contacto:.....

Información General:

Grupo Sanguíneo:

Factor RH:..... Peso:.....kg. Estatura:.....cm.

Vacunación completa (incluye HPV)

SI

NO

Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

Anomalías Congénitas	SI	NO	Alteraciones en el Aparato Cardiovascular		
Detallar:			Cardiopatías Congénitas o Infecciosas	SI	NO
Otras anomalías que se debieran considerar:	SI	NO	Arritmias o soplos	SI	NO
Detallar:			Circulatoria	SI	NO
Alteraciones Neurológicas	SI	NO	Hipertensión Arterial	SI	NO
Detallar:			Hipercolesterolemia	SI	NO
Alteraciones Emocionales	SI	NO	Hemofilia	SI	NO
Detallar:			Otras situaciones a considerar, detallar:	SI	NO

Alteraciones en el Aparato Respiratorio			Alteraciones en la Estructura Abdominal		
Anomalías Respiratorias	SI	NO	Hernias	SI	NO
Sinusitis	SI	NO	Cirugías	SI	NO
Anginas	SI	NO	Úlcera Gastroduodenal	SI	NO
Asma Bronquial	SI	NO			
Otras situaciones a considerar, detallar:			Otras situaciones a considerar, detallar:		

Alteraciones en la Nutrición			Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular		
Obesidad	SI	NO	Fracturas	SI	NO
Alteraciones Digestivas	SI	NO	Luxaciones	SI	NO
Celiaquía	SI	NO	Esguinces	SI	NO
			Lesiones Ligamentosas	SI	NO
			Lesiones Musculares o Tendinosas	SI	NO
			Correcta organización Columna vertebral	SI	NO
Otras situaciones a considerar, Detallar:			Otras situaciones a considerar, Detallar:		

Ha padecido o padece en la actualidad					
Convulsiones	SI	NO	Sarampión	SI	NO
Desmayos	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Hemorragias	SI	NO	Mononucleosis Inf.	SI	NO
Procesos Infecciosos	SI	NO	Parotiditis	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO
Dengue	SI	NO	Vértigos/mareos	SI	NO
			Otras situaciones a considerar, Detallar:		

Alergias

Especificar y fechar:.....

- Agudeza visual. ¿Usa lentes?

SI	NO
----	----

- Evaluación auditiva. Normal

SI	NO
----	----

Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:					
Cefaleas	SI	NO	Dolor en el Pecho	SI	NO
Mareos	SI	NO	Dificultad para respirar	SI	NO
Vómitos	SI	NO	Pérdida de conciencia	SI	NO
Cansancio extremo	SI	NO			
			Otros síntomas, detallar:		

¿Toma alguna medicación en forma regular?

- Motivo.....
- Descripción:.....
- Fecha estimada inicio del tratamiento:.....
- Dosis:.....
- Administración:.....

¿Ha sido internado alguna vez?

¿Cuándo?.....

¿Por qué?.....

¿Fue Operado en algún momento?

¿Cuándo?.....

¿De Que?.....

¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?

Especificar:.....

OBSERVACIONES:

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades de la Institución, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha:...../...../.....

Firma de Padre:..... Aclaración: D.N.I. N°:
.....

Firma de la Madre: Aclaración: D.N.I. N°:
.....

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA
(para ser firmado por un profesional de la salud)

Ciudad de Buenos Aires,.....de.....

Certifico queDNI:.....de.....años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar en actividades escolares, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma:

Sello y Matrícula: