



## FICHA de SALUD Nivel Primario 2022

Apellido y Nombre: ..... Curso: ..... División: .....

D.N.I.: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... Edad: ..... Estatura: ..... Peso: .....

Vacunación Completa (incluye HPV) SI NO Grupo Sanguíneo: ..... Factor RH: .....

Médico Pediatra/de familia: ..... T.E.: .....

Obra Social / Pre Paga: ..... N° afiliado: ..... Plan: .....

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad. Consignar: Lugar – Dirección – Teléfono

1. ....

2. ....

3. ....

### EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

1) Apellido y nombre: ..... Parentesco: ..... T.E.: .....

2) Apellido y nombre: ..... Parentesco: ..... T.E.: .....

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 Detallar: .....

Otras anomalías que se debieran considerar: .....

Detallar: .....

\*Alteraciones Neurológicas: SI NO Detallar: .....

\*Alteraciones Emocionales: SI NO Detallar: .....

\*Alergias: SI NO Especificar y fechar: .....

| Alteraciones en el aparato cardiovascular               |    |    |
|---|----|----|
| Cardiopatías congénitas o Infecciosas                   | SI | NO |
| Arritmias o Soplos                                      | SI | NO |
| Circulatoria  | SI | NO |
| Hipertensión arterial                                   | SI | NO |
| Hipercolesterolemia                                     | SI | NO |
| Hemofílica  |    |    |
| Alteraciones en la estructura muscular y osteoarticular |    |    |
| Fracturas   | SI | NO |
| Luxaciones  | SI | NO |
| Esguinces   | SI | NO |
| Lesiones ligamentosas                                   | SI | NO |
| Lesiones musculares o tendinosas                        | SI | NO |
| Correcta organización columna vertebral                 | SI | NO |

| Ha padecido o padece en la actualidad: |    |    |
|--|----|----|
| Convulsiones                           | SI | NO |
| Alteraciones en la Piel                | SI | NO |
| Procesos Inflamatorios                 | SI | NO |
| Procesos Infecciosos                   | SI | NO |
| Diabetes                               | SI | NO |
| Dengue                                 | SI | NO |
| Fiebre reumática                       | SI | NO |
| Hepatitis                              | SI | NO |
| Mal de Chagas                          | SI | NO |
| Parotiditis                            | SI | NO |
| Tuberculosis                           | SI | NO |
| Vértigos/mareos                        | SI | NO |
| Agudeza visual. ¿Usa lentes?           | SI | NO |
| Evaluación auditiva. Normal            | SI | NO |



| Alteraciones en la estructura abdominal |    |    |
|---|----|----|
| Hernias                                 | SI | NO |
| Cirugías                                | SI | NO |
| Úlceras gastroduodenal                  | SI | NO |
| Alteraciones en la nutrición            |    |    |
| Obesidad                                | SI | NO |
| Alteraciones digestivas                 | SI | NO |
| Celiaquía                               | SI | NO |
| Alteraciones en el aparato respiratorio |    |    |
| Anomalías Respiratorias                 | SI | NO |
| Sinusitis                               | SI | NO |
| Anginas                                 | SI | NO |
| Asma bronquial                          | SI | NO |

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

\*¿Toma alguna medicación en forma regular? SI NO (Motivo – Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración) .....

\*¿Ha sido internado alguna vez? SI NO ¿Cuándo? ¿Por qué? .....

\*¿Fue operado en algún momento? SI NO ¿Cuándo? ¿De qué? .....

\*Tuvo Covid-19? SI NO ¿Cuándo? .....

Ha realizado estudios de control posteriormente? SI NO

\* ¿Ha sido vacunado contra el COVID? SI NO

\*En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar.

Especificar.....

**ADJUNTAR AL SIGUIENTE APTO FÍSICO:**

- APTO BUCODENTAL (1º A 7º GRADO).
- APTO AUDITIVO Y VISUAL.
- CARTILLA O CERTIFICADO DE VACUNAS ACTUALIZADAS.

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica son una declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo me comprometo a mantenerlos informados y actualizados en caso de variar alguno de ellos. Me notifico que deberá ser entregado durante la primer semana del ciclo escolar ya que sin apto físico mi hijo/a no podrá concurrir a clases.

**Firma del Padre/Madre o Tutor:** .....

**Aclaración:** .....

**D.N.I:** .....

Lugar y fecha:.....

Certifico que ..... DNI..... 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 de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

.....  
 Firma y Sello del Médico Interviniente

Opcional: Dirección de correo electrónico: ..... Teléfono de contacto: .....