FICHA de SALUD - Nivel Primario 2027

Apellido y Nombre:……..……..……. Grado: ……..... Jornada: .....

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:……Nº afiliado:…….. Plan:……...……...

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

1. ……..…….
2. ……..…….

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……

-. ENTREGAR EN FORMATO PAPEL, SÓLO ORIGINAL.-

ADJUNTAR AL SIGUIENTE APTO FÍSICO:

- **APTO BUCODENTAL (1º a 7º grado).**
- **APTO AUDITIVO Y VISUAL (únicamente 1º).**
- **CARTILLA O CERTIFICADO DE VACUNAS ACTUALIZADAS.**

Declaro que lo 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 primera semana del ciclo escolar ya que sin apto físico mi hijo/a no podrá participar de sus 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: ……..……..