



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2024

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A: CURSO:.....
 DNI:..... FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:.....
 DOMICILIO: CÓD. POSTAL:.....
 TELÉF. FIJO: TELÉF. CELULAR: TELÉF. EN CASO DE EMERGENCIA:.....
 OBRA SOCIAL: Nº AFILIADO:
 APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: TELÉF:
 APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA: TELÉF:

PARA COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO					
Peso:	Altura:	IMC	Grupo Sanguíneo:	Presión Arterial:	FC:

Completar con una CRUZ si padece o no las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.

	SÍ	NO	Si respondió SÍ, especifique
DIFICULTADES RESPIRATORIAS			
*Asma, crisis asmáticas			
*Otras:			
DIFICULTADES NEUROLÓGICAS			
*Convulsiones, epilepsia			
*Otras:			
DIFICULTADES CARDIOVASCULARES			
*Soplos, arritmias, cardiopatía congénita			
*Otras:			
DIFICULTADES VISUALES, MOTORAS Y/O AUDITIVAS			
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA			
*Bulimia, anorexia			
*Otras:			
TRASTORNOS DEL SUEÑO			
*Insomnio, sonambulismo, terrores nocturnos			
*Otras:			
TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO			
*Celiaquía, alteraciones digestivas			
*Otras:			
ALERGIAS			
*Respiratorias, dermatológicas, etc.			
*Otras:			





DIFICULTADES OSTEOARTICULARES			
*Desviaciones de columna			
*Pie plano			
*Traumatismos, esguinces			
*Otros:			
ENFERMEDADES INFECCIOSAS			
*Mononucleosis			
*Hepatitis			
*Otras			
ENFERMEDADES METABÓLICAS			
*Diabetes, Gota, Obesidad, Bajo peso			
*Otras:			
	SÍ	NO	Si respondió SÍ, especifique
TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ÁREA DE SALUD MENTAL			
*Hiperactividad, déficit atencional, TEA			
*Otros			
CIRUGÍAS PREVIAS			
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud			
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO			
¿EXISTE ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA QUE NO DEBERÍA REALIZAR?			
¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN PERMANENTE?			
¿ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO?			
¿VACUNA COVID?			

OBSERVACIONES:

CERTIFICO QUE EL ALUMNO/A _____ SE ENCUENTRA: **APTO / NO APTO** (tachar lo que no corresponda) PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD, PARA EL PRESENTE CICLO LECTIVO.

Fecha: / /

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO



CEDUCAR

Sarmiento 240 - Maipú - Mendoza
Tel. +54 0261 497 2514
colegio@ivcc.edu.ar



DECLARACIÓN JURADA: los abajo firmantes, Padre, Madre o Tutor, asumen la responsabilidad de lo informado y las consecuencias que pudieran surgir.

Asimismo, quedan notificados que, en caso de emergencia, el alumno/a será trasladado al hospital, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha.

Además, se comprometen a comunicar a la institución, por escrito, cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems deberá presentar con la ficha el certificado médico en que se indique diagnóstico en aquellos casos en que el estudiante "SÍ" presenta algunas de las situaciones descriptas en la ficha con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares.

Es absoluta responsabilidad de los padres informar, mediante certificado médico, cualquier modificación en el estado de salud de su hijo/a que pueda impedir el normal desarrollo de sus actividades escolares o poner en situación de riesgo su salud o la de sus compañeros. Finalizada la dolencia o enfermedad, deberá presentar certificado de alta médica para ingresar al colegio.

.....

.....

.....

.....

Firma y aclaración del padre

Firma y aclaración de la madre

Fecha de recepción:/...../.....	Firma del Directivo	Firma del docente
---------------------------------------	---------------------	-------------------





INSTITUTO P y PS-076
**VIRGEN DEL CARMEN
DE CUYO**