



**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

ESCUELA TÉCNICA Nº 9 AÑO..... DIVISIÓN..... TURNO.....

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO:.....
 FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:..... DNI:.....
 DOMICILIO:..... LOCALIDAD:.....
 ADULTO RESPONSABLE:..... VÍNCULO..... T.E:.....
 OTRO TELÉFONO:..... PERTENECIENTE A:..... VÍNCULO:.....
 POSEE COBERTURA MÉDICA: **SI NO** Nº AFILIADO:.....
 TIPO Y NOMBRE:..... OBRA SOCIAL..... PREPAGA..... PLAN MÉDICO:.....
 ÚLTIMA FECHA DE ACTUALIZACIÓN DE LA LOSE:.....

ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
1) ¿PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?			
DIABETES			
ENFERMEDAD CARDÍACA (SOPLO, PALPITACIÓN, HIPERTENSIÓN)			
HERNIA			
ALERGIA (ACLARE A QUÉ Y CÓMO LA TRATA)			
CONVULSIONES			
ASMA			
SINUSITIS, ADENOIDITIS, OTITIS (A REPETICIÓN)			
OTRAS (ACLARAR CUÁL)			
2) OPERACIONES (ACLARAR MES Y AÑO)			
APENDICITIS			
OTRAS (ACLARAR CUÁL)			
3) EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES ¿TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?			
HEPATITIS			
SARAMPIÓN			
PAPERAS			
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA			
TUBERCULOSIS			
FRACTURA, ESGUINCE O LUXACIÓN (ACLARA DE QUÉ)			
4) ¿MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA...			
...AUDITIVO? ¿CUÁL?			
...VISUAL? ¿CUÁL?			
...CON ALGÚN TIPO DE ALIMENTO? ¿CUÁL?			
...EL SUEÑO O EL DORMIR? ¿CUÁL?			
...CUÁNDO VIAJA EN ALGÚN MEDIO DE TRANSPORTE? ¿CUÁL?			
...CON LA PRÁCTICA DE DEPORTES? ¿CUÁL?			
...PARA RETENER ORINA?			
...DE DESVIACIÓN DE COLUMNA?			
...DE PÉRDIDA DE CONSCIENCIA?			
...DE DESMAYOS POR GOLPE DE CALOR?			
5) POSEE ALGÚN FAMILIAR DIRECTO FALLECIDO ANTES DE LOS 45 AÑOS POR FALLA CARDÍACA SÚBITA?			
6) ¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?			
INDIQUE EL NOMBRE DE LA MEDICACIÓN Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO			
INDIQUE SI SABE NADAR			

OTRA INDICACIÓN QUE LE PAREZCA SEÑALAR

La presente es sólo una declaración del adulto responsable del joven a su cargo para conocimiento de la escuela, por lo tanto, NO REQUIERE FIRMA DE PROFESIONAL MÉDICO ALGUNO.

DENTRO DE LOS QUINCE DÍAS CORRIDOS DE INICIADO EL CICLO LECTIVO DEBERÁ PRESENTAR EL APTO MÉDICO FIRMADO POR UN PROFESIONAL PARA INICIAR EL CURSADO DE EDUCACIÓN FÍSICA.-

Firma adulto responsable

Aclaración

DNI

Teléfono de contacto