

**Ficha de antecedentes de salud**

Este formulario debe ser completado por los padres y/o médico pediatra/clínico o de familia

Apellido y Nombre/s del alumno/a:..... Documento: .....

Fecha de nacimiento:..... Peso:..... Altura: ..... Grupo sanguíneo: .....

Domicilio: ..... Tel: ..... Cel: .....

Obra Social o Cobertura médica: ..... N° de Carnet: .....(adjuntar fotocopia)

VACUNATORIO (indicar con X)									
0 a 24 meses			5-6 años (ingreso escolar)				11 años		
	si	no		si	no		si	no	
Hepatitis B (1º dosis)			Polio			Hepatitis			
B.C.G (antituberculosa)			Triple Viral			Triple Viral			
Neumococo Conjugada			Triple bacteriana Celular			Triple Bacteriana Acelular			
Quíntuple Pentavalente						VPH – Niñas y niños			
Polio IPV + Rotavirus						Meningococo			
Meningococo									
Polio OPV						Covid (1º dosis)			
Hepatitis A						Covid (2º dosis)			
Triple Viral						Covid (3º dosis)			
Varicela + Meningococo						Covid (4º dosis)			
Antigripal						Covid (5º dosis)			

DETALLE (indicar con X)	SI	NO
<b>ENFERMEDADES</b>		
• Sarampión.		
• Varicela.		
• Rubeola.		
• Escarlatina.		
• Coqueluche (Tos convulsa).		
• Parotiditis (Paperas).		
• Otras:		
• Diabetes.		
Tipo y medicación:		
• Hepatitis.		
• Asma o enfermedades alérgicas.		
En caso de contestar SI, indique cuáles o a qué es alérgico/a:		
• Traumatismo de cráneo.		
• Con pérdida de conocimiento.		
<b>FRACTURAS</b>		
En caso de contestar SI, indicar cuál/es y a qué edad:		
• Epilepsia.		
<b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b>		
En caso de contestar SI, indique cual y a qué edad:		
<b>LESIONES DEPORTIVAS</b>		
En caso de contestar SI, indique cual y a qué edad:		
<b>MEDICACIÓN de USO HABITUAL y CAUSA:</b>		
Enfermedades padecidas en fecha reciente que impidan actividades físicas:		
Alguna otra situación determinada por el médico:		
<b>Se sugiere un electrocardiograma</b>		

**APTO MÉDICO**

El alumno/a ..... se encuentra en buen estado de salud y apto para realizar actividades recreativas deportivas (no competitivas), acorde a su edad, sexo y contextura física.

.....

Firma y sello del médico

**ME RESPONSABILIZO PLENAMENTE DE LO ANTERIORMENTE CONSIGNADO.**

.....

Firma y aclaración del padre y/o madre