

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								
Hepatitis A								
Triple Viral								
Varicela + Meningococo								
Antigripal								

DETALLE (indicar con X)	SI	NO
ENFERMEDADES		
• 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.		
FRACTURAS		
En caso de contestar SI, indicar cuál/es y a qué edad:		
• Epilepsia.		
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS		
En caso de contestar SI, indique cual y a qué edad:		
LESIONES DEPORTIVAS		
En caso de contestar SI, indique cual y a qué edad:		
MEDICACIÓN de USO HABITUAL y CAUSA:		
Enfermedades padecidas en fecha reciente que impidan actividades físicas:		
Alguna otra situación determinada por el médico:		
Se sugiere un electrocardiograma		

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