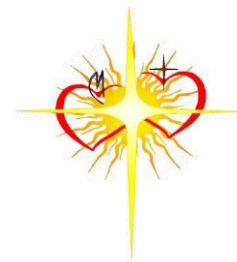


**Obra Misericordista de Buenos Aires
Hermanos de Nuestra Señora de la Misericordia**



Instituto Educacional Argentino
Nuestra Señora de Luján A-61
Nivel Medio
CUE 020059400
Cochrane 2371 1419
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Distrito Escolar 16



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD INGRESANTES NIVEL MEDIO 20__
(DI-2019-32847417-DGEGP-Anx.III)

IMPORTANTE

- Este examen de aptitud física es **OBLIGATORIO**.
- Estará a cargo del médico designado por la familia.
- Sólo se utilizará este formulario. **NO SE ACEPTARÁ OTRA FICHA O CONSTANCIA.**
- Debe ser presentado **en ORIGINAL y acompañado por 1 fotocopia.**
- El profesional llenará todos los casilleros o escribirá "S/P" cuando no exista novedad.
- Deben figurar claramente los **DATOS PROFESIONALES** del profesional médico.
- Aclarar si se entregan exámenes complementarios.

La presente ficha debe ser entregada **INDEFECTIBLEMENTE** dentro de la **PRIMERA SEMANA DE COMENZADAS LAS CLASES**, caso contrario no podrá realizar actividad física computándosele las ausencias correspondientes.

Fecha en que se confecciona la ficha:

Nombre y Apellido del/a alumno/a:

Curso:

Fecha de nacimiento del/a alumno/a:

Documento Tipo y N°:

Médico pediatra/de familia:

Teléfono de contacto:

Cobertura médica (indicar "salud pública" si no tiene cobertura de salud privada)

Plan: N° Afiliación:

En caso de emergencia comunicarse con:

Parentesco:

Teléfono/s de contacto:

INFORMACIÓN GENERAL

Grupo sanguíneo:

Peso KG:

Estatura:

Vacunación completa: **SI / NO** (Incluye HPV)

Consigne a continuación si el/la 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 a considerar. Detallar	
Alteraciones neurológicas SI / NO	Detallar
Alteraciones emocionales SI / NO	Detallar
Alteraciones del aparato cardiovascular	
Cardiopatías congénitas o infecciosas SI / NO	Arritmias o soplos SI / NO
Hipertensión arterial SI / NO	Hipercolesterolemia SI / NO
Hemofílica SI / NO	Circulatoria SI / NO
Otras situaciones a considerar. Detallar	
ALTERACIONES DEL APARATO RESPIRATORIO	
Anomalías respiratorias SI / NO	Sinusitis SI / NO
Anginas SI / NO	Asma bronquial SI / NO
Otras situaciones a considerar. Detallar	
ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA MUSCULAR y OSTEOARTICULAR	
Fracturas SI / NO	Luxaciones SI / NO
Esguinces SI / NO	Lesiones ligamentosas SI / NO
Correcta organización de la columna vertebral SI/NO	Lesiones musculares o tendinosas SI / NO
Otras situaciones a considerar. Detallar	
ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA ABDOMINAL	
Hernias SI / NO	Cirugías SI / NO
Úlceras gastroduodenales SI / NO	
Otras situaciones a considerar. Detallar	
ALTERACIONES EN LA NUTRICIÓN	

Obesidad SI / NO	Celiaquía SI / NO
Alteraciones digestivas SI / NO	¿Cuáles?
Otras situaciones a considerar. Detallar	

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
Tuberculosis SI / NO	Fiebre reumática SI / NO
Hepatitis SI / NO	Mal de Chagas SI / NO
Parotiditis SI / NO	Vértigos/Mareos SI / NO
Otras situaciones a considerar. Detallar	

Alergias. Especificar y fechar

Agudeza visual. Usa lentes SI / NO	Evaluación auditiva normal 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	

Otros síntomas. Detallar

¿Toma alguna medicación en forma regular? (Motivo-Descripción-Fecha estimada inicio del tratamiento-Dosis-Administración)

Fue operado/a alguna vez? **SI / NO**
¿Cuándo? ¿Por qué?

¿Ha sido internado alguna vez? **SI / NO**

¿Cuándo? ¿Por qué?

¿En la actualidad existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar? Especificar

OBSERVACIONES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro/a hijo/a son verídicos.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del Ciclo Lectivo y/o si variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

FECHA, FIRMA, ACLARACIÓN y DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LOS PROGENITORES

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que _____, DNI _____, de ___ años de edad, habiendo sido examinado/a clínicamente y realizado 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 Educación Física, sean las mismas de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extracurriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

FECHA:

FIRMA y SELLO MÉDICO INTERVINIENTE

TELÉFONO DE CONTACTO