

Ficha de antecedentes de Salud

INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO



Instituto San Rafael

Arzobispado de Buenos Aires



Datos del Alumno

Apellido/s y Nombre/s				DNI		Año	División
Edad	Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento			Nacionalidad	

Médico Pediatra/de familia				Teléfono de contacto			
¿Posee cobertura médica?	No	Sí	¿Cuál?	N° de socio			

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad: (Lugar-dirección-teléfono)

- 1.
- 2.
- 3.

En caso de emergencia comunicarse con: (apellido-nombre-vínculo-teléfono de contacto)

- 1.
- 2.
- 3.

Información general

Grupo Sanguíneo	Factor RH	Peso (kg)	Estatura (cm)
Vacunación Completa (Incluye HPV)		No	Sí

Consigne a continuación si el 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	No	Sí	Detallar
-----------------------------	-----------	-----------	-----------------

Otras anomalías que se debieran considerar	Detallar
---	-----------------

Alteraciones Neurológicas	No	Sí	Detallar
----------------------------------	-----------	-----------	-----------------

Alteraciones Emocionales	No	Sí	Detallar
---------------------------------	-----------	-----------	-----------------

Alteraciones en el Aparato Cardiovascular

Cardiopatías congénitas o infecciosas	Arritmias o soplos	Circulatoria	Hipotensión Arterial	Hipercolesterolemia
Hemofílica	Otras situaciones a considerar, detallar			

Alteraciones en el Aparato Respiratorio

Anomalías Respiratorias	Sinusitis	Anginas	Asma Bronquial	Otras situaciones a considerar, detallar
--------------------------------	------------------	----------------	-----------------------	---

Alteraciones en la Estructura Abdominal

Úlceras Gastroduodenal	Hernias	Cirugías	Otras situaciones a considerar, detallar
-------------------------------	----------------	-----------------	---

Alteraciones en la Nutrición

Alteraciones Digestivas	Obesidad	Celiaquía	Otras situaciones a considerar, detallar
--------------------------------	-----------------	------------------	---

Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular

Fracturas	Luxaciones	Esguinces	Lesiones Ligamentosas	Lesiones Musculares o Tendinosas
Correcta organización Columna Vertebral			Otras situaciones a considerar, detallar	

Ha padecido o padece en la actualidad					
Convulsiones	No	Sí	Alteraciones en la Piel	No	Sí
Procesos Inflamatorios	No	Sí	Procesos Infecciosos	No	Sí
Diabetes	No	Sí	Dengue	No	Sí
Fiebre reumática	No	Sí	Hepatitis	No	Sí
Mal de Chagas	No	Sí	Parotiditis	No	Sí
Tuberculosis	No	Sí	Vértigos/Mareos	No	Sí
Otras situaciones a considerar, detallar					
Alergias (Especificar y Fechar)					
	 /..... /.....		 /..... /.....
	 /..... /.....		 /..... /.....
Agudeza visual. ¿Usa lentes?	No	Sí			
Evaluación auditiva. Normal	No	Sí			
Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física, ha padecido alguna vez:					
Cefaleas	No	Sí	Mareos	No	Sí
Vómitos	No	Sí	Cansancio extremo	No	Sí
Dolor en el Pecho	No	Sí	Dificultad para respirar	No	Sí
Pérdida de conciencia	No	Sí			
Otras situaciones a considerar, detallar					
¿Toma alguna medicación en forma regular? (Motivo-Descripción-Fecha estimada inicio de tratamiento-Dosis-Administración)					
¿Ha sido internado alguna vez?	No	Sí	Fecha - Motivo		
¿Fue operado en algún momento?	No	Sí	Fecha - Motivo		
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 son verídicos.
 Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a en caso de ser necesario.
 Por último, 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 que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

FICHA-CLÁUSULA LIMITATIVA DE RESPONSABILIDAD

Ciudad de Buenos Aires, de de 20.....

Por la presente me notifico formalmente de que está **absolutamente prohibido** practicar ejercicios de riesgo o deportes, solo o acompañado/a, en todas aquellas ocasiones en que no se encuentre en el gimnasio o lugar o campo de deportes el PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA a cargo del grupo o curso al que pertenezco.

Atento a la responsabilidad genérica que la carga de la guarda impone a la Rectoría del Instituto sobre todos los alumnos (conforme con lo normado por el Código Civil), toda transgresión a esta regla se considerará **falta grave y de exclusiva responsabilidad del desobediente.**

..... Firma del Alumno	..... Aclaración	..... DNI	..... / ..... / ..... Fecha
..... Firma del Padre	..... Aclaración	..... DNI	..... / ..... / ..... Fecha
..... Firma de la Madre	..... Aclaración	..... DNI	..... / ..... / ..... Fecha
..... Firma del Tutor	..... Aclaración	..... DNI	..... / ..... / ..... Fecha

APTO FÍSICO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ____ de _____ de 20__

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 la Educación Física, sean las mismas de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas aquellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto San Rafael (A-120)

.....
Firma del Médico

.....
Sello y aclaración