

# Ficha de antecedentes de Salud

## INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO



**Instituto San Rafael**

**Arzobispado de Buenos Aires**



### Datos del Alumno

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

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

**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**

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

*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.*

<b>Anomalías Congénitas</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Detallar</b>
-----------------------------	-----------	-----------	-----------------

<b>Otras anomalías que se debieran considerar</b>	<b>Detallar</b>
---	-----------------

<b>Alteraciones Neurológicas</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Detallar</b>
----------------------------------	-----------	-----------	-----------------

<b>Alteraciones Emocionales</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Detallar</b>
---------------------------------	-----------	-----------	-----------------

**Alteraciones en el Aparato Cardiovascular**

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

**Alteraciones en el Aparato Respiratorio**

<b>Anomalías Respiratorias</b>	<b>Sinusitis</b>	<b>Anginas</b>	<b>Asma Bronquial</b>	<b>Otras situaciones a considerar, detallar</b>
--------------------------------	------------------	----------------	-----------------------	---

**Alteraciones en la Estructura Abdominal**

<b>Úlceras Gastroduodenal</b>	<b>Hernias</b>	<b>Cirugías</b>	<b>Otras situaciones a considerar, detallar</b>
-------------------------------	----------------	-----------------	---

**Alteraciones en la Nutrición**

<b>Alteraciones Digestivas</b>	<b>Obesidad</b>	<b>Celiaquía</b>	<b>Otras situaciones a considerar, detallar</b>
--------------------------------	-----------------	------------------	---

**Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular**

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

<b>Ha padecido o padece en la actualidad</b>					
<b>Convulsiones</b>	No	Sí	<b>Alteraciones en la Piel</b>	No	Sí
<b>Procesos Inflamatorios</b>	No	Sí	<b>Procesos Infecciosos</b>	No	Sí
<b>Diabetes</b>	No	Sí	<b>Dengue</b>	No	Sí
<b>Fiebre reumática</b>	No	Sí	<b>Hepatitis</b>	No	Sí
<b>Mal de Chagas</b>	No	Sí	<b>Parotiditis</b>	No	Sí
<b>Tuberculosis</b>	No	Sí	<b>Vértigos/Mareos</b>	No	Sí
<b>Otras situaciones a considerar, detallar</b>					
<b>Alergias (Especificar y Fechar)</b>					
		..... /..... /.....			..... /..... /.....
		..... /..... /.....			..... /..... /.....
<b>Agudeza visual. ¿Usa lentes?</b>	No	Sí			
<b>Evaluación auditiva. Normal</b>	No	Sí			
<b>Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física, ha padecido alguna vez:</b>					
<b>Cefaleas</b>	No	Sí	<b>Mareos</b>	No	Sí
<b>Vómitos</b>	No	Sí	<b>Cansancio extremo</b>	No	Sí
<b>Dolor en el Pecho</b>	No	Sí	<b>Dificultad para respirar</b>	No	Sí
<b>Pérdida de conciencia</b>	No	Sí			
<b>Otras situaciones a considerar, detallar</b>					
<b>¿Toma alguna medicación en forma regular? (Motivo-Descripción-Fecha estimada inicio de tratamiento-Dosis-Administración)</b>					
<b>¿Ha sido internado alguna vez?</b>	No	Sí	<b>Fecha - Motivo</b>		
<b>¿Fue operado en algún momento?</b>	No	Sí	<b>Fecha - Motivo</b>		
<b>En la actualidad, ¿existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar? Especificar</b>					

## 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