



Colegio La Anunciata

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD



IMPORTANTE: Completar TODOS los datos con letra clara de imprenta. La presente sólo tendrá validez con la firma y sello del médico

Apellido y Nombres: Edad:
 Fecha de nac.:/...../..... Sexo: M..... F..... D.N.I.:
 Domicilio: Localidad:
 Teléfono: Tel. aux.:

Completar lo que corresponda:

Sala de: 3 años 4 años 5 años Turno:
 Grado: División:
 Año: División:

Obra social / Prepaga: Nº de carnet:

Enfermedades padecidas

| | SI | NO |
|---------------------|----|----|
| Epilepsia | | |
| Escarlatina | | |
| Sarampión | | |
| Varicela | | |
| Rubéola | | |
| Poliomielitis | | |
| Paperas | | |
| Hepatitis | | |
| Tos convulsa | | |
| Bronco Espasmo/Asma | | |
| Otras: | | |
| | | |

Vacunas

| | SI | NO |
|-----------------------|----|----|
| BCG (antituberculosa) | | |
| DPT (cuádruple) | | |
| OPV (sabin) | | |
| SRP (triple viral) | | |
| Hepatitis A | | |
| Hepatitis B | | |
| Antitetánica | | |
| Otras: | | |
| | | |

Otras:

Grupo Sanguíneo:
 Factor RH:

Alergias (definir cuales):

Otras enfermedades:

Traumatismos:
 Afecciones cardíacas/cardiopatías (en caso positivo presentar certificado médico):

Intervenciones quirúrgicas:

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál?
 ¿Sigue algún tipo de tratamiento? ¿Cuál?

Observaciones:

Según mi leal consentimiento, declaro que son verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario y no oculto ninguna información. Dejo constancia que mi hijo/a no presenta problemas de salud a la fecha que le impidan realizar actividades físicas de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes. De producirse algún cambio me comprometo a informar a la brevedad a las autoridades del Colegio La Anunciata. En caso de presentar alguna situación determinada por el médico, adjuntaré certificado correspondiente especificando la afección.

.....

| | |
|----------------------|------------------------------------|
| Lugar y Fecha | Firma del padre/madre/tutor |
| | Aclaración: |
| | DNI: |

Certificación médica:

Certifico que el/la joven, DNI
 presenta estado de aptitud física para realizar actividades deportivas de resistencia aeróbica y gimnasia corporal tanto en el ámbito escolar como en convivencias y campamentos, acordes a su edad, sexo, maduración y nivel de entrenamiento, durante el ciclo lectivo Se extiende el presente certificado al solo efecto de ser presentado ante las autoridades del Colegio La Anunciata.

.....

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| Lugar y Fecha | Firma y sello del médico |
|----------------------|---------------------------------|