

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		si	no
Hepatitis B (1° 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			Dengue (1° dosis)			Covid (1° dosis)					
Hepatitis A			Dengue (2° dosis)			Covid (2° dosis)					
Triple Viral						Covid (3° dosis)					
Varicela + Meningococo						Covid (4° dosis)					
Antigripal						Covid (5° dosis)					

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