



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2017

ALUMNO				Año:	Div:
Apellido:		Nombres:			
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	D.N.I:			
Grupo sanguíneo:	Obra social:	N° de afiliado:			
¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?					
	SI	NO		SI	NO
Metabólicas: Diabetes			Enfermedad cardíaca (soplo, palpitaciones, hipertensión)		
Hernia			Alergias (indicar a qué y cómo la trata)		
Convulsiones			Asma		
Sinusitis, adenoides, otitis (a repetición)			Epilepsia		
Trastorno de la alimentación			Trastorno emocional		
Otras ¿cuál?					
Operaciones (aclarar año y mes)					
De apendicitis			Otras		
En los últimos dos meses ¿tuvo alguna de estas enfermedades?					
	SI	NO		SI	NO
Hepatitis			Otra infectocontagiosa ¿cuál?		
Paperas			Mononucleosis infecciosa		
Varicela			Fracturas, esguinces o luxaciones (aclarar de qué)		
Manifiesta algún problema....					
	SI	NO		SI	NO
...auditivo? ¿Cuál?			...visual? ¿Cuál?		
...con algún tipo de alimento? ¿Cuál?			...en el sueño o el dormir? ¿Cuál?		
...cuando viaja en algún medio de transporte? ¿Cuál?			...con la práctica de deporte? ¿Cuál?		
...para retener el pis?			...de desviación de columna?		
...de pérdida de conciencia?			...de desmayos por golpe de calor?		
¿Actualmente toma algún medicamento? Indicar el nombre de la medicación y duración del tratamiento					
Alguna otra situación particular que la institución deba conocer en beneficio del alumno					

Junto a esta ficha debe presentarse un certificado de **aptitud física** expedido por un médico, fechado en 2017|. Hasta no contar con el mismo, el alumno no podrá realizar actividad física.

Fecha y firma de padre/madre