

MODELO DE FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD
FICHA ANUAL DE SALUD - AÑO: 20...

APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE:.....

DNI N°:..... FECHA DE
NACIMIENTO:.....

DOMICILIO:.....
.....

TELEFONO FIJO:..... TELEFONO CELULAR:.....

OBRA SOCIAL:..... AFILIADO
N°:.....

TELÉFONO O CELULAR SECUNDARIO DE CONTACTO:.....

Quedan notificados de que, en caso de emergencia, el estudiante será trasladado al hospital, salvo que se indique lo contrario de forma expresa y por escrito, adjuntando la correspondiente documentación a la presente ficha. Asimismo, se comprometen a informar por escrito a la institución sobre cualquier modificación posterior en los datos declarados.

En caso de responder afirmativamente a alguno de los ítems de la ficha, deberán adjuntar un Certificado Médico que especifique el diagnóstico y detalle expresamente las posibles limitaciones del estudiante para las actividades escolares.

Antecedentes generales y condiciones de salud

Marcar con una cruz en el espacio libre

Procesos Inflamatorios	SI		NO	
Diabetes	SI		NO	
Afección cardiaca	SI		NO	
Asma	SI		NO	
Enfermedades del Sistema nervioso	SI		NO	
Alergias	SI		NO	
Celiaquía	SI		NO	
Trastornos de alimentación (Bulimia/Anorexia)	SI		NO	
Sonambulismo	SI		NO	
Epilepsia	SI		NO	
Paperas	SI		NO	
Tos convulsa	SI		NO	
Hepatitis	SI		NO	
Sarampión	SI		NO	
Mononucleosis infecciosa	SI		NO	
Traumatismos: Fracturas, esguinces, luxaciones, otros	SI		NO	
Convulsiones	SI		NO	
Operaciones	SI		NO	
Prótesis	SI		NO	
Marcapasos	SI		NO	
Anafilaxis	SI		NO	
Tratamiento oncológico	SI		NO	

Condición de Embarazo	SI		NO	
Tratamiento con medicamentos	SI		NO	
Nombre del medicamento	SI		NO	
Dosis	SI		NO	
Frecuencia	SI		NO	
Médico para llamar por urgencias (si corresponde)	SI		NO	



Firma

Aclaración

Fecha