#### Agrelo 3668/70 - (C1224ABL) Capital Federal TEL. (011) 4931-8049/ 3956-0439/ 4931-6372 informes@institutohuellas.edu.ar



## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - AÑO 2023

#### **DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A**

| Apellido y<br>Nombre/s:   |             |           |
|---|-------------|-----------|
| Fecha de Nacimiento:  //Edad Domicilio:   |             |           |
| Tel. Fijo: Te 2:  COBERTURA MÉDICA:   |             | Tel. Cel. |
| Nombre de la Obra Social/ Prepaga:<br>Afiliado:<br>Teléfono de Urgencia de la Obra Social o<br>Prepaga: |             |           |
| Si tiene médico de cabecera complete: apellido:   | Nombre y    |           |
| contacto:   | Teléfono de |           |

### **ANTECEDENTES PERSONALES:** (Marque con una cruz según corresponda y complete)

|   | SI | NO | :Cuál /222      |
|---|----|----|-----------------|
|   | 31 | NO | ¿Cuál /es?      |
| ¿Padece actualmente alguna enfermedad?  |    |    |                 |
| ¿Se encuentra actualmente en tratamiento?   |    |    |                 |
| ¿Toma actualmente alguna medicación?  |    |    |                 |
| ¿Hay alguna actividad especial que no pueda realizar?   |    |    |                 |
| ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento o picadura?  |    |    |                 |
| ¿Tiene algún tipo de restricción acerca de alimentos que puede ingerir?                       |    |    |                 |
| ¿Hay alguna otra información que considere importante para compartir con el equipo educativo? |    |    |                 |
| ¿Se aplicó la vacuna contra COVID-19? (Campo optativo)  |    |    | ¿Cuántas dosis? |

| Firma del Padre, Madre o Responsable legal | Firma y Sello del Médico |  |
|--|--------------------------|--|
| DNI N°                                     | DNI                      |  |
| N°   |                          |  |
| N  | Matrícula                |  |
| Número                                     |                          |  |

# CERTIFICADO DE SALUD DEL ALUMNO/A (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO/A)

| Buenos Aires/2023   |  |
|---|--|
| Dejo  | constancia                                   |
| que   |  |
|   |  |
| DNI N°: de año  | os de edad, ha sido evaluado/a clínicamente  |
| en el día de la fecha, y se encuentra en condiciones de     | salud para concurrir a clases, participar de |
| actividades escolares y realizar actividades físicas y dep  | ortivas que correspondan a su edad, sexc     |
| yestadio madurativo, bajo supervisión de personal idóneo.   |  |
| Tiene vacunas completas al día de la fecha y acordes para s | su edad.                                     |
|   |  |
|   |  |
| OBSERVACIONES:  |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| Firma del Padre, Madre o Responsable legal                  | Firma y Sello del Médico                     |
| DNI N°  | DNI  |
| N°  | Matrícula                                    |
| Número  |  |