



**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**

ESCUELA 12 DE 6 – República de Paraguay

Año: 2022

GRADO:.....SECCIÓN:.....TURNO: JC

DATOS DEL ALUMNO:

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO:.....

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD:..... DNI:.....

DOMICILIO:.....LOCALIDAD:.....

NOMBRE ADULTO RESPONSABLE.....VÍNCULO:.....TE:.....

OTRO TE:.....PERTENECIENTE A:..... VÍNCULO:.....

POSEE COBERTURA MÉDICA: SI - NO N° AFILIADO:..... GRUPO SANGUÍNEO:.....FACTOR:.....

TIPO Y NOMBRE: -OBRA SOCIAL:.....PREPAGA:.....PLAN MÉDICO CABECERA:.....

POSEE LIBRETA OFICIAL DE SALUD ESCOLAR: SI - NO

ULTIMA FECHA ACTUALIZACIÓN DE LA LIBRETA OFICIAL DE SALUD ESCOLAR:...../...../.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
VACUNACIÓN COMPLETA?			
1- PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?			
DIABETES			
CARDÍACAS(soplo, palpitaciones, hipertensión)			
HERNIA			
ALERGIA (aclarar como la trata y si presenta erupción)			
CONVULSIONES			
ASMA			
SINUSITIS, ADENOIDES, OTITIS (a repetición) U OTRAS (aclarar cual)			
2- OPERACIONES E INTERNACIONES (aclarar mes y año)			
3- EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES, TUVO ESTAS ENFERMEDADES?			
-HEPATITIS			
-SARAMPIÓN			
-PAPERAS			
-MONONUCLEOSIS INFECCIOSA			
-TUBERCULOSIS			
-FRACTURA, ESGUINSE, LUXACION (aclarar de que)			
4- MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA...			
-...AUDITIVO, VISUAL /aclarar en observaciones)			
-...EN SUS RELACIONES ESCOLARES Y O ESTUDIO?			
-...CON ALGÚN TIPO DE ALIMENTO?			
-...EL SUEÑO O EL DORMIR? CUAL?			
-...CUANDO VIAJA EN ALGÚN TIPO DE TRANSPORTE?			
-...CON LA PRACTICA DEPORTIVA?			
-...PARA RETENER LA ORINA?			
-...DESVIACIÓN DE COLUMNA?			
-... PÉRDIDA DE CONCIENCIA?			
-... DESMAYO POR GOLPE DE CALOR			
5-POSEE ALGUN FAMILIAR DIRECTO FALLECIDO ANTES DE LOS 45 AÑOS POR FALLA CARDÍACA SÚBITA?			
6-TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? (nombre y duración del tratamiento)			
INDIQUE SI SABE NADAR			

Otra indicación que le parezca importante señalar:.....

La presente es solo una declaración del adulto responsable del niño/joven a su cargo para conocimiento de la escuela, por lo tanto, no requiere firma del profesional médico alguno. Para su extensión o actualización se realizará solo por profesionales designados por el Programa de Salud Escolar de la Secretaría de Salud del GCBA, durante el curso del año lectivo de Preescolar, 1°, 4° y 6° grado y 2° año de Escuelas Medias. Para considerarla actualizada deberán figurar la fecha, firma y sello del profesional interviniente.

FIRMA DEL ADULTO RESPONSABLE.....

ACLARACIÓN D.N.I.: