



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD: CICLO LECTIVO 2010

Alumno/a: _____

Fecha de nacimiento: _____ D.N.I. N°: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ TEL: _____

TEL ALTERNATIVO: (Aclarar a quien pertenece): _____

Cobertura médica: _____ N° de afil.: _____

Atención en caso de urgencia: _____ TE: _____

Fecha: marzo 2010

Indicar SI / NO

1- Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios ó infecciones: _____

2- Padece algunas de estas enfermedades:

Diabetes: _____

Cardiopatías infecciosas: _____

Cardiopatías congénitas: _____

Hernias inguinales, crurales: _____

3- Ha padecido en fechas recientes:

Hepatitis (60 días) _____

Sarampión - Paperas o infección de ganglios, en los últimos 60 días _____

4- Toma medicamentos en forma permanente:

(en caso afirmativo indicar cuáles) _____

5- Calendario de vacunación obligatoria al día _____

6- Es alérgico/a a: _____

Tratamiento: _____

7- Fracturas y otras situaciones a tener en cuenta: _____

8- Enfermedades, operaciones o trastornos desde su nacimiento a la fecha: _____

9- Grupo y Factor Sanguíneo: _____

Firma del Madre-responsable

Firma del Padre-responsable

Aclaración de firma

Aclaración de firma

ADJUNTAR A LA PRESENTE FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD: APTO FÍSICO
ACTUALIZADO FECHA 2010, FIRMADO POR UN MÉDICO.
DE NO COMPLETAR LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA EL ALUMNO/A NO PODRÁ
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA.