INSTITUTO SCHILLER (A-643)

 **Ficha de antecedentes de salud 2025**

**Nivel Inicial y Primario**

*Fecha de entrega: viernes 14 de marzo de 2025*

**Los alumnos/as que no hayan entregado a la fecha la ficha médica no podrán participar de las clases de Educación Física (escuela y/o campo de deportes)**

**(Sólo PRIMER GRADO debe adjuntar certificado oftalmológico)**

**APELLIDO Y NOMBRE**: ............................................................................. **CURSO:** .................

**FECHA DE NACIMIENTO**: ............................................... **DNI**: .................................................

**GRUPO SANGUÍNEO**: ............. **FACTOR RH**: ...........**TELÉFONO**: ..............................................

**Por favor, encerrar la opción correcta. ¡Muchas gracias!**

1. **¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos? SI NO**

¿Cuál?.................................................................................................................................

¿Está en tratamiento? **SI - NO** ¿En qué consiste?

............................................................................................................................................

1. **¿Es alérgico? SI - NO** ¿A qué? (fundamentalmente a medicamentos)

……………………………………………………………………………………………………................................

¿Cómo lo manifiesta?......................................................................................................

1. **¿Toma algún medicamento?** **SI - NO** ¿Cuál?.................................

 ¿Por qué y con qué frecuencia?.............................................................................

 **d) ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?**

 \*Metabólicas: **SI NO** \*Cardiopatías infecciosas: **SI NO**

 \*Cardiopatías congénitas: **SI NO** \*Hernias inguinales, crurales: **SI NO**

 **e) ¿Ha tenido operaciones? SI NO**

¿Cuáles? ………………………………………………………………..

 ¿Ha tenido convulsiones? **SI NO** ¿Motivo?

......................................................................................

¿Sufrió algún accidente? **SI NO** ¿Cuál?

 .........................................................................................

**f) Ha padecido en fecha reciente**:

\*Hepatitis (60 días): **SI NO** \*Sarampión (30 días): **SI NO**

\*Parotiditis (30 días): **SI NO** \*Mononucleosis infecciosa (30 días): **SI NO**

**g) Ha sufrido esguinces o luxaciones de:**

\*Tobillo (60 días): **SI NO**

\*Hombro (60 días): **SI NO**

**\***Muñeca (60 días): **SI NO**

**h) ¿Qué enfermedades ha padecido durante el último año?**...................................................

 **i) Vacunas:**

\*Triple o doble (fecha)...............................................

\*Antitetánica (fecha)..................................................

 **j) Otras consideraciones que crea oportuno tener en cuenta:**

........................................................................................................................................................

**k) La atención médica de mi hijo/a está prevista por medio de:**

- Obra Social o Prepaga:

.................................................................................................................................

 - El Nº de afiliado / socio es:

............................................................................................................................

- Teléfono de emergencia médica al cual llamar para contactar derivación / atención:

........................................................................................................................................................

**l) Centro médico al cual derivar en caso de emergencia:**

**Denominación:** ........................................................................................

**Dirección:** .................................................................................................

 **Localidad**: ................................................................................................

**Teléfono:** ........................................................................... .....................

**Firma del referente parental**:……………………………………………………………

**Aclaración**: ..............................................................................................

**DNI:**……………………………………………………………………………………………………

 **-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**CERTIFICO QUE………………………………………………………………………………………………………………………**

**DNI ………………………………………………… SE ENCUENTRA APTO/A PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA DURANTE EL CICLO LECTIVO 2024.**

**FIRMA DEL MÉDICO/A:...........................................................**

**SELLO ACLARATORIO Y M.P…………………………………………**

Nota: es obligatoria la firma y sello del profesional médico en la presente ficha de salud, caso contrario, la misma carece de validez.

En el caso de poseer un certificado de APTO FÍSICO ESCOLAR-APTO MÉDICO ESCOLAR del AÑO 2025 extendido por un profesional médico adjuntar el certificado médico a la presente ficha (no es necesaria una nueva consulta médica).

Por favor, presentar fotoc. del carnet de vacunación actualizado

TODA INFORMACIÓN ENTREGADA TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.