|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD –CICLO LECTIVO 2018** |  | |  |
| FORMULARIO PARA CUMPLIMENTAR POR LOS PADRES DE LOS ALUMNOS |  | |  |
|  |  | |  |
| Establecimiento: **Instituto Formar Futuro (A-565)** FECHA:………………………………………………… | | | |
| Apellido del alumno/a: ……………………………………………….……….... Nombres del alumno/a: ……………………………………………………..……………. | | | |
| Sala/Grado Ciclo Lectivo **2018** ……………………………………………..….. Turno: ………..……………………..………….. Edad: ………….……..…...……………. | | |  |
| Domicilio: ………………………………………………………………………………..………………………………………. Tel: ………….……………………………….……………. | | |  |
| Tel. Alternativo: …………………………...……………………………………….. Celular Madre/padre:……………………………………………………………………….  Grupo sanguíneo: …………………………………..……. | **Complete con SI o NO** | |  |
|  |  |
| **A) Se encuentra padeciendo:** |  | |  |
| \* Procesos inflamatorios o infecciosos…………………………………………………………………………………………………..……..……….………………………. |  | |  |
|  |  | |  |
| **B) Padece algunas de las siguientes enfermedades:** |  | |  |
| \* Metabólicas: Diabetes …………………………………………………………………………………………………………………………..……….....………………………. |  | |  |
| \* Cardiopatías Congénitas ……………………………………………………………………………………………………………………..………..….………………………... |  | |  |
| \* Cardiopatías infecciosa………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………. |  | |  |
| \* Hernias inguinales, crurales ……………………………………………………………………………………………………………………...........………………………… |  | |  |
| \* Alergias ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………. |  | |  |
|  |  | |  |
| **C) Ha padecido en fecha reciente:** |  | |  |
| \* Hepatitis (60 días) …………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………….. |  | |  |
| \* Sarampión (30 días) …………………………………………………………………………………………………………………………..………….……………………………. |  | |  |
| \* Parotoditis (30 días) ………………………………………………………………………………………………………………………….…………..……………………………. |  | |  |
| \* Mononucleosis infecciosa (30 días) ……………………………………………………………………………………………………….………..………………………….. |  | |  |
| \* Esguince o dislocación (luxación) de tobillo, hombro o muñeca (60 días)…………………………………………….……….….…………………………. |  | |  |
|  |  | |  |
| **D) Alguna otra situación particular determinada por el médico**......…………………………………………………………………………………………………. |  | |  |
| \* ¿Cuál? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……....………………………… |  | |  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..………………………. |  | |  |
|  |  | |  |
| **E) Toma medicamentos en forma permanente** ……………………………………………………………………………….………… |  | |  |
| \* ¿Cuáles? ……………………………………………………………………………………………………….….….…..……..………….….……. |  | |  |
| ………………………………………………………………………………………………………………………..…………………...….…………………. |  | |  |
|  |  | |  |
| **F) ¿Está apto para realizar Educación Física?** …………………………………………………………………………………………….... |  | |  |
|  |  | |  |
| \* En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems anteriores (A, B, C, D o E) deberá adjuntar certificado médico que avale la afección consignada indicando, si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para realizar actividad física. |  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| **G) Tiene las vacunas actualizadas**………………………………………………………………………………….……………………………… |  | |  |
|  |  | |  |
| **H) Posee cobertura médica** |  | |  |
| \* ¿Cuál?........................................................................Nº de Afiliado…………….……………..…………….………..……. |  | |  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………....……………………….…..… | | |  |
|  | | |  |
| **I) Traslado del menor** | | |  |
| En caso de ser asistido y requerirse un traslado urgente autorizo a las autoridades de la institución a realizar el traslado de mi hijo/a al centro asistencial acordado por medio de nuestra asistencia médica. |  | |  |
|  |  | |  |
|  | | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| …………………………………………………………………. ………………………………………………………………………… | | |  |
| Firma de Médico Pediatra Aclaración de firma y Matrícula profesional | | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| .………………………………………………….. .………………………………………….. …………………………………. | | |  |
| Firma Padre o Madre Aclaración DNI |  | |  |
|  |  | |  |
| **La presente ficha de antecedentes de salud debe ser cumplimentada por los padres de todo el alumnado con carácter obligatorio. La misma se debe actualizar anualmente.** | |  | |  |  |
|  |  | |  |
|  | | | |