|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **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.**  |  |  |   |
|  |  |   |
|   |