



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD DEL ALUMNO/A
(Completar por un profesional médico y firmar por padre/madre/tutor)

NOMBRE DEL ALUMNO/A:		
CURSO AL QUE INGRESA:		SECCIÓN:
SEXO:	DNI:	EDAD:
TELÉFONO PARTICULAR:	TELÉFONO CELULAR PARA EMERGENCIAS <i>(aclarar a quién pertenece):</i>	
ANTECEDENTES MÉDICOS		
Padece o padeció procesos inflamatorios o infecciosos: SÍ – NO		
Padece alguna de estas enfermedades <i>(marcar si corresponde)</i>		
<input type="checkbox"/> Metabólicas: diabéticas		
<input type="checkbox"/> Cardiopatías congénitas		
<input type="checkbox"/> Cardiopatías infecciosas		
<input type="checkbox"/> Hernias inguinales o crurales		
<input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos		
<input type="checkbox"/> Cuadros asmáticos		
Toma alguna medicación actualmente:		
Está capacitado/a para realizar actividad física: SÍ – NO		
Alguna otra situación particular determinada por el profesional médico:		
Para alumnos/as de Primaria y/o Secundaria: El/la niño/a está autorizado a tomar la siguiente medicación para dolores de cabeza, etc.:		
<input type="checkbox"/> Ibuprofeno		
<input type="checkbox"/> Paracetamol		
<input type="checkbox"/> Otro <i>(aclarar):</i>		
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES		
Ante una necesidad, autorizo a que llamen al servicio de Emergencias de la obra social o cobertura de medicina prepaga del alumno/a.		
Asimismo, en el caso de una urgencia, y de no poder contactar telefónicamente al padre/madre/tutor del alumno/a, autorizo a que sea trasladado/a al centro médico o al hospital público que corresponda, acompañado/a por un adulto.		
DATOS DE OBRA SOCIAL O COBERTURA MÉDICA		
NOMBRE DE LA EMPRESA A CARGO:		
Nº DE BENEFICIARIO:		
TELÉFONO PARA EMERGENCIAS:		

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:	FECHA:
FIRMA Y ACLARACIÓN DE FIRMA DE PADRE, MADRE O TUTOR:	FECHA:

Esta ficha deberá presentarse actualizada anualmente en la Secretaría de Primaria y/o Secundaria al comienzo de clases. Recomendamos concurrir al pediatra en los meses de verano para evitar inconvenientes de último momento.