



**FICHA DE SALUD ( 2022)**

<b>1.a. DATOS DEL ALUMNO:</b>				
Nombre y Apellido:	D.N.I.:	Año:	Turno:	
Dirección:		Teléfono:		
Grupo sanguíneo:		Factor Rh:		
<b>b. INFORMANTE:</b> Madre .....                      Padre .....                      Otros.....				
<b>2.a. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:</b>				
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?				
NO .....                      SI .....                      ¿Cuál? .....				
Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?                      NO .....                      SI .....				
¿Por qué? .....				
<b>b. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?</b>				
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: .....				
La alergia se debe a ..... No sabe .....				
¿Recibe tratamiento permanente?                      SI .....                      NO .....				
<b>3. TRATAMIENTOS:</b>				
¿Recibe tratamiento médico?                      SI .....                      NO .....                      Especifique: .....				
¿Quirúrgicos?                      SI .....                      NO .....                      Edad: .....                      Tipo de cirugía: .....				
¿Presenta alguna limitación física?                      SI .....                      NO .....                      Aclaración: .....				
<b>NOTA:</b> En caso de contestar afirmativamente, deberá presentar, conjuntamente con este formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para realizar <b>actividad física</b> .				
Examen:				
Ocular:.....Auditivo:.....Bucodental:.....				
Otros problemas de salud:				
<b>4. VACUNAS</b>				
Vacuna	Cantidad de dosis	Actualización de vacunas	Fuente de la información	
			LSMI	Otras certif.
SABIN				
BCG				
ANTIHEMOPHILUS				
TRIPLE BACT.(DPT)				
TRIPLE VIRAL (SRP)				
HEPATITIS B				
OTRAS				
<b>5. SI EL NIÑO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD</b>				
Recurrir a:                      Institución: .....                      Dirección: .....                      Tel: .....				
Avisar a familiar: Nombre y Apellido: .....                      Dirección: .....                      Tel: .....				

Los Señores Padres declaran que los datos que anteceden son auténticos y dan fe de ello mediante su firma y respectiva aclaración de la misma.

Firma del Padre/Madre o Tutor: ..... Aclaración: .....

Nº de DNI/CI/LC: ..... Fecha: .....

Firma y sello del Médico: .....