



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2023

Apellido y nombre: _____
D.N.I: _____ Edad: _____ Sala: _____ Grupo sanguíneo _____
Domicilio: _____ Tel: _____
Obras Social/Prepaga: _____ N° de afiliado: _____

ANTECEDENTES		
A) SE ENCUENTRA PADECIENDO:	SI	NO
Procesos inflamatorios o infecciones		
B) PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:		
Metabólicas: diabetes ¿De qué tipo?		
Cardiopatías congénitas		
Cardiopatías infecciosas		
Hernias ¿Cuáles?		
Alergias: ¿De qué tipo? ¿A qué?		
Respiratorias – Bronco espasmos		
C) HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE:		
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis Infecciosas (30 días)		
Esguinces o luxaciones de tobillos, hombros, muñecas (60 días)		
D) ¿TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE?		
Indique cuáles:		
E) ¿HA SIDO INTERNADO/A ALGUNA VEZ?		
¿Por qué motivo?		
F) ¿RECIBIÓ VACUNAS SEGÚN PLAN OBLIGATORIO?		
G) ¿ALGUNA OTRA SITUACIÓN PARTICULAR?		
<u>Certificado de Aptitud:</u>		
Certifico que _____ se encuentra apto/a para la actividad escolar deportiva correspondiente, con esfuerzos cardiovasculares y respiratorios de acuerdo a su edad, sexo, y tiene a la fecha cumplimentando el plan de vacunación obligatorio.		
_____ Firma del médico	_____ Aclaración y sello	_____ Fecha

- En cumplimiento de la reglamentación vigente, me notifico que toda derivación dispuesta por el servicio de emergencias debe hacerse a un Hospital Público.
- Declaro que todos los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de Declaración Jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.
- Me notifico que la fecha de entrega de la misma es el día 31 de Marzo de 2023 como último plazo, y comprendo que **de no ser entregada en tiempo y forma mi hijo/a no podrá realizar Educación Física.**