



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2021

Nombre y Apellido del alumno/a: _____

Grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **DNI:** _____

Médico Pediatra/de familia: _____

Cobertura Médica o seguro de Salud : _____

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

(Lugar – Dirección – Teléfono) _____

(Lugar – Dirección – Teléfono) _____

(Lugar – Dirección – Teléfono) _____

En caso de Emergencia comunicarse con:

1. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

2. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

INFORMACIÓN GENERAL

• Grupo Sanguíneo _____ Factor RH _____. Peso: _____ kg. Estatura: _____ cm.

• ¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI NO

Desde (fecha) _____ Motivo: _____

• ¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad? SI NO

Detallar: _____

• ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad? SI NO

Detallar: _____

• ¿Ha sido Internado o sufrido lesiones de consideración en el último año? SI NO

Detallar: _____

• ¿En el último año, ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO

Detallar: _____

• ¿Toma alguna medicación? SI NO

Motivo: _____ Descripción: _____

Fecha estimada inicio del tratamiento: _____ Dosis: _____ Administración: _____

• ¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO

Detallar: _____

• ¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? SI NO

Detallar: _____

• ¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar?

Especificar: _____

OBSERVACIONES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.

Por último, nos comprometemos a notificar a la tutoría y/o dirección, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados.

Fecha: _____

Firma del adulto responsable: _____

DNI: _____