



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE EDUCACIÓN E INNOVACIÓN
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD / AÑO 20....

ESCUELA:.....DE:..... GRADO:..... DIVISIÓN:.....TURNO:.....

DATOS DEL ALUMNO:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ALUMNO:.....

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD:..... DNI:.....

DOMICILIO:.....LOCALIDAD:.....

NOMBRE DEL ADULTO RESPONSABLE:.....VÍNCULO:.....TELÉFONO:.....

OTRO TELÉFONO:.....PERTENECIENTE A.....VÍNCULO:.....

POSEE COBERTURA MÉDICA: SI - NO N° DE AFILIADO:.....

TIPO Y NOMBRE: OBRA SOCIAL:.....PREPAGA:.....PLAN MÉDICO DE CABECERA:.....

ANTECEDENTES DE SALUD:	SI	NO	OBSERVACIONES
1) ¿PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?			
Diabetes			
Enfermedad cardíaca (soplo, palpitaciones, hipertensión)			
Hernia			
Alergia (aclarar a qué y cómo la trata)			
Convulsiones			
Asma			
Sinusitis, adenoiditis, otitis (a repetición)			
Hemofilia			
Otras (aclarar cuál)			
2) OPERACIONES (ACLARAR MES Y AÑO)			
De apendicitis			
Otras			
3) EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES ¿TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?			
Hepatitis			
Sarampión			
Paperas			
Mononucleosis infecciosa			
Tuberculosis			
Fracturas, esguinces o luxaciones (aclare qué)			
4) ¿MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA.....			
....auditivo? ¿Cuál?			
....visual? ¿Cuál?			
....con algún tipo de alimento? ¿Cuál?			
....con el sueño o el dormir? ¿Cuál?			
....cuando viaja en algún medio de transporte? ¿Cuál?			
....con la práctica de deportes? ¿Cuál?			
....para control de esfínteres?			
....de desviación de columna?			
....de pérdida de conciencia?			
....de desmayos por golpes de calor?			
5) ¿POSEE ALGÚN FAMILIAR DIRECTO FALLECIDO ANTES DE LOS 45 AÑOS POR FALLA CARDÍACA SÚBITA?			
6) ¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?			
Indique el nombre de la medicación y duración del tratamiento.			
7) ¿Asiste a control odontológico periódicamente?			

INDIQUE SI SABE NADAR	SI	NO
-----------------------	----	----

Otra indicación que le parezca importante señalar:.....
.....

La presente es una declaración jurada del adulto responsable del niño / joven a su cargo para conocimiento de la escuela, por lo tanto, **no requiere firma de profesional médico alguno.**

Firma del adulto responsable.....

Aclaración.....

DNI:.....