Institución Salesiana – Obra de Don Bosco

Instituto "SAN ANTONIO" (A-226)

México 4050/40 – (1223) CABA - www.casasanantonio.org.ar

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – INGRESO AL NIVEL INICIAL

Ref. Anexo III Disp. 2019-32847417-DGEGP y "Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas". Sociedad Argentina de Pediatría *(Arch Argent Pediatr 2044;112(4):375-390.*)

SALA: _____ TURNO: MAÑANA/ TARDE CICLO LECTIVO: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

*Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO): / / Edad actual: ____ años. DNI N° _____

*Domicilio: _____ Piso:___ Dpto: ___Localidad:_____

*Cobertura Médica: _____ Plan:_____Nº de Afiliado:_____

*En caso de Emergencia comunicarse con:

1. Apellido y nombre: _____ Vínculo: _____Tel. contacto:_____

2. Apellido y nombre: _____ Vínculo: _____Tel. contacto:_____

ANTECEDENTES PERSONALES:

Consigne a continuación si el/la estudiante presenta algún problema o alteración de su **estado de salud histórico o actual**. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar al final del cuadro.

	SI	NO		SI	NO
Problemas cardíacos			Otras alteraciones digestivas		
Presión arterial elevada			Internaciones		
Obesidad			Cirugías		
Asma bronquial			Hernias		
Tos crónica			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Otras alteraciones respiratorias			Hepatitis		
Pérdida de conciencia			Dengue		
Convulsiones			Tuberculosis		
Traumatismos de cráneo			Chagas		
Otras alteraciones neurológicas			Fiebre Reumática		
Alteraciones sanguíneas			Falta o no funcionamiento en algún órgano par: riñón, ojos, testículo		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias			Alergias		
Alteración en la Columna vertebral			Medicación habitual		
Otro problema en los huesos o articulaciones			Alergia a algún medicamento		
Problemas de piel			Consume vitaminas o suplementos dietarios		
Afecciones auditivas			Tratamientos o terapias		
Usa anteojos			Infección por Sars-Cov 2 (Covid-19)		
Diabetes			- Año 2020		
Enfermedad Celíaca			- Año 2021		

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:					
	SI	***NO***		***SI***	***NO***
Desmayos			Palpitaciones		
Mareos o cefaleas			Mayor cansancio que sus compañeros		
Dolor fuerte en el pecho			Dificultad para respirar durante o después de la actividad física		
Otros síntomas					

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas): _____

_____

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	***NO***		***SI***	***NO***
Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años			Obesidad		
			Diabetes		
Problemas cardiacos			Colesterol elevado		
Presión arterial elevada			Tos crónica		

A completar únicamente por el médico pediatra/de adolescentes/de familia:

*Peso (kg): …….. Talla (cm): …….. F.C.: …….. T.A.: …….. IMC: ……..

*Grupo Sanguíneo: …….. Factor RH: ……..

OBSERVACIONES

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

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, 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 variarán algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Firma y aclaración padre/madre/responsable legal: _____

DNI: _____ Fecha: _____

_____

CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

Dejo constancia que …… DNI …….. de …….. años de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de concurrir a clases, participar de actividades escolares en viajes, salidas de estudio y recreativas, como también realizar actividades físicas y deportivas, curriculares o extra curriculares, acordes a su edad, sexo, estadio madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.

*Vacunación Completa para la edad: SI / EN CURSO ***(adjuntar fotocopia carnet vacunas)***

*Vacunación anti Sars-Cov 2 (COVID-19): 1 dosis / 2 dosis ***(adjuntar certificado de vacunación)***

(marcar lo que corresponda)

Observaciones: _____

____/____ /____ _____

Fecha Firma y sello del médico interviniente