

# FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ALUMNO: .....	
AÑO Y DIVISIÓN: .....	TURNO: .....
FECHA DE NACIMIENTO:...../...../.....	EDAD: ..... DNI/PAS: .....
DOMICILIO:.....	LOCALIDAD.....
APELLIDO Y NOMBRES DEL ADULTO RESPONSABLE .....	
.....	
VINCULO.....	CELULAR..... TEL .....
PERTENECIENTE A .....	VINCULO.....

POSEE COBERTURA MÉDICA: SI ( ) NO ( ) ¿Cuál? .....

OBRA SOCIAL: Cuál: .....

PREPAGA: Cuál: .....

Nº AFILIADO.....

POSEE LIBRETA OFICIAL DE SALUD ESCOLAR: SI – NO (tache lo que no corresponda)

ULTIMA FECHA DE ACTUALIZACION DE LIBRETA OFICIAL DE SALUD

ESCOLAR: ...../...../.....

GRUPO y FACTOR SANGUÍNEO: .....

PLAN DE VACUNACION COMPLETO PARA LA EDAD: SI ( ) NO ( )

ALERGIAS ( especificar ) : Alimentos:.....

Medio ambiente: ..... Medicamentos:.....

Otros:.....

ASMA -FATIGA : SI ( ) NO ( ) ¿Desde cuándo? .....

Frecuencia de los ataques: .....

COMIDAS: ¿Realiza algún régimen en especial? SI ( ) NO ( ) ¿Desde cuándo?.....

¿Por indicación médica? SI - NO (Tache lo que no corresponda). Motivo/ diagnóstico:.....

¿En qué consiste el régimen? .....

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: SI ( ) NO ( ) ¿Desde cuando? .....

¿Por indicación médica? SI ( ) NO ( ) - Motivo / diagnóstico:.....

Medicamentos: .....

Dosificación: .....

OTROS TRATAMIENTOS : SI ( ) NO ( ) . ¿Desde cuando? .....

¿Por indicación médica? SI ( ) NO ( ) - Motivo / diagnóstico: .....

Tratamiento: .....

OPERACIONES - TRAUMATISMOS -ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS

(Detallar): .....

Alguna otra información y/o sugerencia que considere importante para el conocimiento del médico y del equipo docente: .....

.....

.....

**IMPORTANTE**  
 PLAN DE VACUNACION COMPLETO PARA LA EDAD. ANTE CUALQUIER DUDA:  
 APLICAR REFUERZO DE VACUNA ANTITETÁNICA.

Declaro que los datos consignados son correctos no habiéndose omitido información de importancia.

Firma: padre ( ) madre ( ) responsable

( ).....

Aclaración: .....D.N.I.: .....

En caso de emergencia avisar a: .....

Tel: .....

.....  
.  
.....  
.