



Ficha anual de salud – Año 20.....

Expediente N° 3401-D-2016-02369

APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

DNI N°: FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO CELULAR:

OBRA SOCIAL: AFILIADO N°:

NOMBRE DEL PADRE: DNI N°:

TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:

NOMBRE DE LA MADRE: DNI N°:

TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:

RESPONSABLE LEGAL DEL ESTUDIANTE:DNI N°:

TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:

Los abajo firmantes asumen la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Quedan notificados que, en caso de emergencia, el estudiante será trasladado al hospital, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además, se comprometen a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems deberán presentar con la Ficha el Certificado Médico en que se indique diagnóstico, en aquellos casos en que el estudiante "sí" presenta algunas de las situaciones descriptas en la ficha, con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares. En Modalidad Educación Especial es obligatorio que la ficha médica se complete por el Profesional Médico de cabecera del estudiante y suscriba con firma y sello la misma. La Dirección General de Escuelas sugiere a lo/s Padre/s, Madre/s o Responsable legal de los estudiantes, el control médico anual de los mismos.



Ficha anual de salud – Año 20.....

Expediente N° 3401-D-2016-02369

<i>Antecedentes generales y condiciones de salud</i>	<i>Marcar con una cruz en el espacio libre</i>			
Procesos Inflamatorios	SI		NO	
Diabetes	SI		NO	
Afección cardiaca	SI		NO	
Asma	SI		NO	
Enfermedades del Sistema nervioso	SI		NO	
Alergias	SI		NO	
Celiaquía	SI		NO	
Trastornos de alimentación (Bulimia/Anorexia)	SI		NO	
Sonambulismo	SI		NO	
Epilepsia	SI		NO	
Paperas	SI		NO	
Tos convulsa	SI		NO	
Hepatitis	SI		NO	
Sarampión	SI		NO	
Mononucleosis infecciosa	SI		NO	
Traumatismos: Fracturas, esguinces, luxaciones, otros	SI		NO	
Convulsiones	SI		NO	
Operaciones	SI		NO	
Prótesis	SI		NO	
Marcapasos	SI		NO	
Anafilaxis	SI		NO	
Tratamiento oncológico	SI		NO	

Condición de embarazo	SI		NO	
Tratamiento con medicamentos	SI		NO	
Nombre del medicamento:				
Dosis:				
Frecuencia:				
Grupo sanguíneo:				
Médico para llamar por urgencias (si corresponde):				

Firma y aclaración de Padre o Madre o Responsable legal

DNI n°:



Ficha anual de salud – Año 20.....

Expediente N° 3401-D-2016-02369

Información adicional para Alumnos de Educación Especial:	Marcar con una cruz en el espacio libre:			
Enfermedades congénitas	SI		NO	
Lesiones musculares	SI		NO	
Fiebre reumática	SI		NO	
Artritis - Artrosis	SI		NO	
Enfermedades respiratorias	SI		NO	
Enfermedades articulares	SI		NO	
Sinusitis - otitis	SI		NO	
Enfermedades digestivas	SI		NO	
Enfermedades renales	SI		NO	
Enfermedades urinarias	SI		NO	
Enfermedades genitales	SI		NO	
Enfermedades neurológicas	SI		NO	
Dolores de cabeza - mareos	SI		NO	
Enfermedades psiquiátricas	SI		NO	
Enfermedades hematológicas	SI		NO	
Enfermedades linfáticas	SI		NO	
Enfermedades oculares	SI		NO	
Enfermedades dermatológicas	SI		NO	
Enfermedades auditivas	SI		NO	
Infecciones crónicas	SI		NO	
Hipertensión arterial	SI		NO	
ENFERMEDADES PADECIDAS EN FECHA RECIENTE	SI		NO	
Mononucleosis infecciosa	SI		NO	
Otras enfermedades:	SI		NO	
	SI		NO	
	SI		NO	
Tratamientos con medicamento:	SI		NO	
Nombre de los medicamentos:				
Dosis:				
Frecuencia:				
FIRMA DEL MÉDICO:				
Teléfono de contacto:				

OTROS DATOS O RECOMENDACIONES QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS:

Firma y aclaración de Padre o Madre o Responsable legal

DNI n°:

Fecha de Recepción:

Firma del Directivo: