

INFORME DE SALUD DEL ESTUDIANTE

(Completar con letra imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar del estudiante.

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ESTUDIANTE:

ESCUELA:

Curso:	División:	Turno:	Ciclo Lectivo:
--------	-----------	--------	----------------

DNI:	Edad:	Teléfono casa/celular de los padres:
Obra Social:	Nº Afiliado:	

Teléfono de contacto en caso de urgencia:

¿Medicación Permanente? SI / NO Si respondió SI, especifique:

¿Existe alguna actividad física en la cual su médico haya indicado que su hijo/a no debería participar?	SI	NO
---	----	----

Si respondió SI, complete con la Certificación Médica necesaria e informe a la autoridad escolar.

¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación? SI / NO

En caso de responder NO, indique las que faltan:

Otras vacunas:

Peso:	Altura:	Grupo Sanguíneo:	Presión Arterial:	Frecuencia Cardíaca:
-------	---------	------------------	-------------------	----------------------

Completar con una CRUZ si padece o no las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.

	SI	NO	Si respondió SÍ, explique.
DIFICULTADES RESPIRATORIAS			
*Asma, crisis asmáticas			
*Bronquitis. Sinusitis. Otras:			
DIFICULTADES CARDIOVASCULARES			
* Soplos, arritmias, cardiopatía.			
* Hipertensión arterial / Hipotensión arterial. Síncope.			
DIFICULTADES NEUROLÓGICAS			
* Epilepsia (crisis convulsivas)			
*Trastornos del sueño (Insomnio, sonambulismo)			
*Otras:			
DIFICULTADES MOTORAS			
DIFICULTADES AUDITIVAS			
DIFICULTADES VISUALES (Miopía, astigmatismo)			
	SI	NO	Si respondió SÍ, explique.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA			
TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO			
*Celiaquía			
*Otros:			
ENFERMEDADES ENDOCRINO - METABÓLICAS			
*Diabetes			
*Hipotiroidismo/ Hipertiroidismo			
*Gota. Otras.			
ALERGIAS			
*Respiratorias			
*Dermatológicas. Otras.			
Hernia inguinal u otra.			
ALTERACIONES OSTEOARTICULARES			
*Desviaciones de columna, pies u otros huesos			
*Traumatismos. Otras.			
ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS			
*Anemia. Otras.			
ANTECEDENTES DE TRANSFUSIONES			
TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL			
CIRUGÍAS PREVIAS			
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud			
<p>EL/LA ESTUDIANTE SE ENCUENTRA: APTO / NO APTO (tachar lo que no corresponda) PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD, PARA EL PRESENTE CICLO LECTIVO.</p> <p>IMPORTANTE: El/la abajo firmante asume la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Además se compromete a comunicar formalmente a la institución cualquier modificación posterior de los datos consignados en esta ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems, deberá presentar el Certificado Médico que indique diagnóstico, con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares y las recomendaciones pertinentes.</p>			
FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR LEGAL	ACLARACIÓN	DOCUMENTO	