



# Instituto Industrial Luis A. Huergo (A-117)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA

## FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ...../...../.....

|  |   |             |  |          |
|--|---|-------------|--|----------|
| Apellido y Nombre  |   |             |  | (Foto)   |
| Fecha de Nacimiento  |   | Edad actual |  |          |
| DNI  |   |             |  |          |
| Año y Curso  |   |             |  |          |
| Domicilio Particular                                       |   |             |  |          |
| Tel Particular / Emergencia                                | / |             |  |          |
| Cobertura Médica u O.S.                                    |   |             |  |          |
| Nº de afiliado   |   |             |  |          |
| Tel Establecimiento Médico                                 |   |             |  |          |
| Lugar y Dirección para concurrir en caso de una emergencia |   |             |  | Teléfono |

|  |                   |          |          |
|--|-------------------|----------|----------|
| Médico Pediatra/de familia   |                   |          |          |
| Teléfono de contacto   |                   |          |          |
| Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad: |                   |          |          |
| Lugar  | Dirección         | Teléfono |          |
| 1.   |                   |          |          |
| 2.   |                   |          |          |
| 3.   |                   |          |          |
| En caso de Emergencia comunicarse con:                                 |                   |          |          |
| Vínculo  | Apellido y Nombre |          | Teléfono |
| 1.   |                   |          |          |
| 2.   |                   |          |          |

### Información General

|                                   |    |    |               |  |
|-----------------------------------|----|----|---------------|--|
| Grupo Sanguíneo Factor RH         |    |    | Peso (kg)     |  |
| Vacunación Completa (incluye HPV) | SI | NO | Estatura (cm) |  |

Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

|  |
|--|
|  |
|--|



# Instituto Industrial Luis A. Huergo (A-117)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

---

|                           |    |    |  |    |    |
|---------------------------|----|----|--|----|----|
| Anomalías Congénitas      | SI | NO | Otras anomalías que se debieran considerar |    |    |
| Detallar                  |    |    | Detallar                                   |    |    |
| Alteraciones Neurológicas | SI | NO | Alteraciones Emocionales                   | SI | NO |
| Detallar                  |    |    | Detallar                                   |    |    |

## Alteraciones en el Aparato Cardiovascular

|  |    |    |                       |    |    |
|--|----|----|-----------------------|----|----|
| Cardiopatías congénitas o Infecciosas    | SI | NO | Arritmias o soplos    | SI | NO |
| Circulatoria                             | SI | NO | Hipertensión Arterial | SI | NO |
| Hipercolesterolemia                      | SI | NO | Hemofílica            | SI | NO |
| Otras situaciones a considerar, detallar |    |    |                       |    |    |

## Alteraciones en el Aparato Respiratorio

|  |    |    |                |    |    |
|--|----|----|----------------|----|----|
| Anomalías Respiratorias                  | SI | NO | Sinusitis      | SI | NO |
| Anginas                                  | SI | NO | Asma Bronquial | SI | NO |
| Otras situaciones a considerar, detallar |    |    |                |    |    |

## Alteraciones en la Estructura Abdominal

|  |    |    |          |    |    |
|--|----|----|----------|----|----|
| Hernias                                  | SI | NO | Cirugías | SI | NO |
| Úlceras Gastroduodenal                   | SI | NO |          |    |    |
| Otras situaciones a considerar, detallar |    |    |          |    |    |

## Alteraciones en la Nutrición

|  |    |    |                         |    |    |
|--|----|----|-------------------------|----|----|
| Obesidad                                 | SI | NO | Alteraciones Digestivas | SI | NO |
| Celiacía                                 | SI | NO |                         |    |    |
| Otras situaciones a considerar, detallar |    |    |                         |    |    |

## Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular

|  |    |    |   |    |    |
|--|----|----|---|----|----|
| Fracturas                                | SI | NO | Luxaciones                              | SI | NO |
| Esguinces                                | SI | NO | Lesiones Ligamentosas                   | SI | NO |
| Lesiones Musculares o Tendinosas         | SI | NO | Correcta organización Columna vertebral | SI | NO |
| Otras situaciones a considerar, detallar |    |    |   |    |    |



# Instituto Industrial Luis A. Huergo (A-117)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

## Ha padecido o padece en la actualidad

|  |    |    |                         |    |    |
|--|----|----|-------------------------|----|----|
| Convulsiones                             | SI | NO | Alteraciones en la piel | SI | NO |
| Procesos Inflamatorios                   | SI | NO | Procesos Infecciosos    | SI | NO |
| Diabetes                                 | SI | NO | Dengue                  | SI | NO |
| Fiebre reumática                         | SI | NO | Hepatitis               | SI | NO |
| Mal de Chagas                            | SI | NO | Parotiditis             | SI | NO |
| Tuberculosis                             | SI | NO | Vértigos / Mareos       | SI | NO |
| Otras situaciones a considerar, detallar |    |    |                         |    |    |

## Alergias

|                      |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|
| Especificar y fechar |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|

## Agudeza visual

|            |    |    |  |
|------------|----|----|--|
| Usa lentes | SI | NO |  |
|------------|----|----|--|

## Evaluación auditiva

|        |    |    |  |
|--------|----|----|--|
| Normal | SI | NO |  |
|--------|----|----|--|

## Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez

|  |    |    |                          |    |    |
|--|----|----|--------------------------|----|----|
| Cefaleas                                 | SI | NO | Mareos                   | SI | NO |
| Vómitos                                  | SI | NO | Cansancio Extremo        | SI | NO |
| Dolor de pecho                           | SI | NO | Dificultad para respirar | SI | NO |
| Pérdida de conciencia                    | SI | NO |                          |    |    |
| Otras situaciones a considerar, detallar |    |    |                          |    |    |

## ¿Toma alguna medicación en forma regular?

|                          |  |             |  |
|--------------------------|--|-------------|--|
| Motivo                   |  | Descripción |  |
| Fecha Inicio tratamiento |  | Dosis       |  |
| Administración           |  |             |  |



# Instituto Industrial Luis A. Huergo (A-117)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

**¿Ha sido Internado alguna vez?**

|                  |    |    |          |  |
|------------------|----|----|----------|--|
| Internado        | SI | NO | ¿Cuándo? |  |
| ¿Por qué motivo? |    |    |          |  |

**¿Fue Operado en algún momento?**

|          |    |    |          |  |
|----------|----|----|----------|--|
| Operado  | SI | NO | ¿Cuándo? |  |
| ¿De qué? |    |    |          |  |

**¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?**

|             |  |
|-------------|--|
| Especificar |  |
|-------------|--|

## OBSERVACIONES FINALES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo 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 variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal (1)

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal (2)

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI

\_\_\_\_\_  
DNI

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FECHA