



COLEGIO SAN MATEO NORTE
DIEGEP 6084 y 6399

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD
AÑO 2019

DATOS DEL ALUMNO			
Nombre/s y Apellido/s:			Curso:
Fecha de nacimiento: / /	Lugar de nacimiento:	D.N.I. N°:	
Grupo sanguíneo:	Peso:	Altura:	
Domicilio:	Localidad:	C.P.:	
T.E. particular:	T.E. de urgencias:		
T.E. celular de la madre:	T.E. celular del padre:		
Obra social:	N° de asociado:		
Lugar de traslado en caso de emergencia:		- T.E. del centro:	

HISTORIA CLÍNICA	
Padece alguna de las siguientes enfermedades	Ha padecido en fecha reciente
<ul style="list-style-type: none">● Anemia → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Alergias → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿A qué?● Asma → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Cardiopatías congénitas → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Cardiopatías infecciosas → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Diabetes → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Epilepsia → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Hernias → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Hipertensión → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">● Hepatitis (60 días) → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Sarampión (30 días) → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Parotiditis (Paperas) (30 días) → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Mononucleosis infecciosa (30 días) → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Esguinces, fracturas, etc. (90 días) → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Procesos inflamatorios recientes → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>● Infecciones recientes → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Toma medicamentos en forma permanente → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Cuáles? Motivo:	
¿Tiene sus vacunas actualizadas? → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Observaciones personales:	
.....	
.....	
¿Está apto para realizar Ed. Física y deportes? → SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

COMPROMISO DE LAS FAMILIAS
Nos comprometemos a entregar esta ficha durante la primera semana de clases. Entendemos y aceptamos que sin ella nuestra/o hija/o no podrá participar de las actividades deportivas, sin excepción. Entendemos que es recomendable para los mayores de 15 años realizar, además de los estudios médicos habituales, un chequeo cardiológico predeportivo. Seremos los responsables de actualizar los datos de salud de nuestra/o hija/o a lo largo del año, debiendo informar al colegio cualquier situación particular de manera fehaciente (enviando el certificado médico correspondiente y/o llenando una nueva ficha en caso de ser necesario).

Firma y sello del médico	Firma, aclaración y D.N.I. del padre, madre o tutor
--------------------------	---