



Escuela Cristiana Evangélica Argentina

“Por una niñez y juventud integralmente sana para Dios y la Patria”

Ficha Antecedentes de Salud ■ Nivel Secundario (Actualización anual)

Ciudad de Buenos Aires, ____ de _____ de 20__

Apellido y Nombre del alumno/a:

Curso: _____ Fecha de nacimiento: / / Edad actual: _____ DNI N° _____

Médico Pediatra/de familia: _____ Teléfono de contacto: _____

Cobertura Médica: _____ Plan: _____ Número Afiliado: _____

■ Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad

Lugar	Dirección	Teléfono

■ En caso de Emergencia comunicarse con:

Apellido y Nombre	Vínculo	Teléfono

Información General

Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH: _____ Peso kg: _____ Estatura: _____ cm

Vacunación Completa (incluye HPV) SI NO

¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad?

SI	NO	¿Desde cuándo?	Motivo

¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad?

SI	NO	Detallar

¿Ha sido Internado o sufrido lesiones de consideración en el último año?

SI	NO	Detallar

¿En el último año, ha sido intervenido quirúrgicamente?

SI	NO	Detallar

¿Toma alguna medicación?

SI	NO	¿Desde cuándo?	Motivo - Dosis - Administración

¿Tiene contraindicado algún medicamento?

SI	NO	Detallar

¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar?

SI	NO	Detallar

■ ¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar?

Especificar: _____

OBSERVACIONES (padres)

- Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro/a hijo/a son verídicos.
- Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.
- 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 padres	Aclaración	DNI

.....

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

(Puede adjuntar certificado médico propio del profesional)

CABA, ____/____/____

Certifico que _____ con DNI: _____

de ____ años de edad, habiendo sido examinado/a clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma y sello del Médico Interviniente