



FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – ACTUALIZACIÓN

Ref. Anexo III Disp. 2019-32847417-DGEGP y “Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas”. Sociedad Argentina de Pediatría (Arch Argent Pediatr 2044;112(4):375-390.)

*Fecha de confección de la ficha: ____/____/____

Apellido y Nombre: _____

*SALA/GRADO y División: _____

*Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO): ____/____/____ Edad actual: ____ años. DNI N° _____

*Domicilio: _____ Piso:____ Dpto: ____ Localidad: _____

*Cobertura Médica: _____ Plan: _____ N° de Afiliado: _____

*En caso de Emergencia comunicarse con:

1. Apellido y nombre: _____ Vínculo: _____ Tel. contacto: _____

2. Apellido y nombre: _____ Vínculo: _____ Tel. contacto: _____

ACTUALIZACIÓN EN SALUD

*¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad incluyendo

infección por Sars-Cov 2 /Covid-19? 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

(Motivo – Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración) _____

*¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO

Detallar: _____

*¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI NO

Desde (fecha): ____ / ____ / ____

Motivo: _____

*¿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? SI NO

Especificar: _____

A completar únicamente por el médico pediatra/de adolescentes/de familia:

*Peso (kg): Talla (cm): F.C.: T.A.: IMC:

*Grupo Sanguíneo: Factor RH:

Firma y aclaración padre/madre/responsable legal: _____

DNI: _____ Fecha: _____

CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

Dejo constancia que DNI de años de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de concurrir a clases, participar de actividades escolares en viajes, salidas de estudio y recreativas, como también realizar actividades físicas y deportivas, curriculares o extra curriculares, acordes a su edad, sexo, estadio madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.

*Vacunación Completa para la edad: SI / EN CURSO

*Vacunación anti Sars-Cov 2 (COVID-19): 1 dosis / 2 dosis **(adjuntar certificado de vacunación)**

(marcar lo que corresponda)

Observaciones:

____/____/____

Fecha

Firma y sello del médico interviniente