


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: / /

Nombre y Apellido:

*Año y División:

*Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO): / /

Edad actual: años. DNI N°

*Domicilio:

Piso: Depto.: Localidad:

*e-mail:

*Cobertura Médica:

Plan:

N° de Afiliado:

*Médico Pediatra/de adolescentes/de familia:

Tel. de contacto (opcional):

e-mail (opcional):

*Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

1. Lugar:

Dirección:

Tel.:

2. Lugar:

Dirección:

Tel.:

*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:

Firma y aclaración adolescente

DNI:

(13 a 18 años):

Fecha:

DNI:

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 / 3 dosis (**adjuntar certificado de vacunación**)
(marcar lo que corresponda)

Observaciones:

____/____/____
Fecha

Firma y sello del médico interviniente