



RESOLUCIÓN N° 1000/12 JUN 2017

FICHA DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ DNI N° _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ DOMICILIO: _____
TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____ OBRA SOCIAL: _____ AFILIADO N°: _____
NOMBRE DEL PADRE: _____ DNI N°: _____ TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____ DNI N°: _____ TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO: _____
RESPONSABLE LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____ DNI N°: _____ TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO: _____

Los abajo firmantes asumen la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Quedan notificados que, en caso de emergencia, el estudiante será trasladado al hospital, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además, se comprometen a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems deberán presentar con la Ficha el Certificado Médico en que se indique diagnóstico, en aquellos casos en que el estudiante "SI" presenta algunas de las situaciones descriptas en la ficha, con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares.

En Modalidad Educación Especial es obligatorio que la ficha médica se complete por el Profesional Médico de cabecera del estudiante y suscriba con firma y sello la misma.

La Dirección General de Escuelas sugiere a lo/s Padre/s, Madre/s o Responsable legal de los estudiantes, el control médico anual de los mismos.

Antecedentes General y Condiciones de Salud	1ER AÑO		2DO AÑO		3ER AÑO		4TO AÑO		5TO AÑO		PERMANENCIA	
	ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Proceso Inflamatorios	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Diabetes	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Afección cardíaca	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Asma	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Enfermedades del Sistema Nervioso	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Alergias	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Celiaquía	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Trastornos de Alimentación (Bulimia/Anorexia)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Sonambulismo	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Epilepsia	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Paperas	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tos Convulsa	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hepatitis	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Sarampión	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Mononucleosis infecciosa	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumatismos: fracturas, esguinces, luxaciones, otros.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Operaciones	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Prótesis	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Marcapasos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Anafilaxis	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tratamiento Oncológico	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Condición de embarazo	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tratamiento con medicación: EN CASO DE SI COMPLETAR EL CUADRO DE ABAJO CORRESPONDIENTE	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

1ER AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____	2DO AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____
3ER AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____	4TO AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____
5TO AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____	____ AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____

1ER AÑO	2DO AÑO	3ER AÑO
Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI	Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI	Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI
4TO AÑO	5TO AÑO	____ AÑO
Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI	Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI	Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI