



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
SECRETARIA DE EDUCACION - SECRETARIA DE SALUD
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR
FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

ESCUELA TECNICA N° 12 D.E. 1

DATOS DEL ALUMNO: AÑO.....DIVISION.....TURNO.....

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ALUMNO:.....
FECHA DE NACIMIENTO:/...../.....EDAD:.....DNI:.....
DOMICILIO:.....LOCALIDAD:.....
NOMBRE DEL ADULTO RESPONSABLE:.....VINCULO:.....TELEFONO:.....
OTRO TELEFONO:..... PERTENECIENTE A:..... VINCULO:.....
POSEE COBERTURA MEDICA: SI - NO N° AFILIADO:.....
TIPO Y NOMBRE: OBRA SOCIAL..... PREPAGA.....PLAN MEDICO DE CABECERA:.....
POSEE LIBRETA OFICIAL DE SALUD ESCOLAR: SI NO
ULTIMA FECHA DE ACTUALIZACION DE LA LIBRETA DE SALUD ESCOLAR:/...../.....

ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
1) PADECE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?			
- DIABETES			
- ENFERMEDAD CARDIACA (SOPLO, PALPITACIONES, HIPERTENSIÓN)			
- HERNIA			
- ALERGIA (ACLARAR A QUÉ Y CÓMO LA TRATA)			
- CONVULSIONES			
- ASMA			
- SINUSITIS, ADENOIDITIS, OTITIS (A REPETICION)			
- OTRAS (ACLARAR CUAL)			
2) OPERACIONES (ACLARAR MES Y AÑO)			
- DE APENDICITIS			
- OTRAS			
3) EN LOS ULTIMOS 2 MESES ¿TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?			
- HEPATITIS			
- SARAMPION			
- PAPERAS			
- MONONUCLEOSIS INFECCIOSA			
- TUBERCULOSIS			
- FRACTURAS, ESGUINCES O LUXACIONES (ACLARE DE QUE)			
4) MANIFIESTA ALGUN PROBLEMA...			
- AUDITIVO? ¿CUAL?			
- VISUAL? ¿CUAL?			
- CON ALGUN TIPO DE ALIMENTO? ¿CUAL?			
- EL SUEÑO O EL DORMIR? ¿CUAL?			
- CUANDO VIAJA EN ALGUN MEDIO DE TRANSPORTE? ¿CUAL?			
- CON LA PRACTICA DE DEPORTES? ¿CUAL?			
- PARA RETENER EL PIS?			
- DE DESVIACION DE COLUMNA?			
- DE PERDIDA DE CONCIENCIA?			
- DE DESMAYOS POR GOLPE DE CALOR?			
5) ¿POSEE ALGUN FAMILIAR DIRECTO FALLECIDO ANTES DE LOS 45 AÑOS POR FALLA CARDIACA SUBITA?			
6) ¿ACTUALMENTE TOMA ALGUN MEDICAMENTO? INDIQUE EL NOMBRE DE LA MEDICACION Y DURACION DEL TRATAMIENTO			
INDIQUE SI SABE NADAR (Tache lo que NO CORRESPONDE)	SI	NO	

Otra indicación que le parezca importante señalar

La presente es sólo una declaración del adulto responsable del niño / joven a su cargo para conocimiento de la escuela, por lo tanto, no requiere firma de profesional médico alguno.
LA LIBRETA OFICIAL DE SALUD ESCOLAR ES EL UNICO DOCUMENTO VALIDO Y OBLIGATORIO PARA REALIZAR ACTIVIDADES CURRICULARES EN LA ESCUELA INCLUYENDO LAS DE EDUCACION FISICA Y LAS ACUATICAS. Su validez es trienal y el control de salud para su extensión o actualización se realiza sólo por profesionales designados por el Programa de Salud Escolar de la Secretaria de Salud del GCBA, durante el curso del año lectivo de : Preescolar ,1°,4°y 7° grado y 2°año de Escuelas Medias. Para considerarla actualizada deberán figurar la fecha, firma y sello del profesional interviniente.

Firma del Adulto Responsable

D.N.I.:

Aclaración :