



**Instituto "San José"**  
Hermanos de Nuestra Señora de la Misericordia  
**E.G.B.3-POLIMODAL-PROFESORADO**  
Libertad 341 - 4200 Sgo. del Estero - Tel (0385) 211579 / 240161  
e-mail: [secretariasecundaria@sanjosesgo.edu.ar](mailto:secretariasecundaria@sanjosesgo.edu.ar)  
4200 Santiago del Estero.

**RESOLUCIÓN N° 286/2020**

## **FICHA MÉDICA PARA EL REGRESO A CLASES**

A continuación, les solicitamos que completen la siguiente información que será de utilidad para que los equipos de salud realicen una evaluación de rastreo de factores de riesgo para Covid 19. Los datos brindados serán con carácter de declaración jurada por parte del padre, la madre o tutor/a, con la máxima confidencialidad.

Nombre y apellido del niño/a o adolescente .....

DNI N°: ..... Sexo: ..... Fecha de nacimiento: .....

Edad (en años): ..... Domicilio: Calle..... N°.....

Piso.....Dpto..... Manzana..... Lote..... Barrio.....

Provincia: ..... Departamento: ..... Localidad: .....

Teléfono fijo: ..... Celular: .....

### **ANTECEDENTES DE SALUD DEL PADRE/MADRE Y/O HERMANOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE**

#### **Antecedentes de salud del niño/a o adolescente**

1. ¿Nació prematuro? Sí / No/ No sabe Peso de nacimiento (kg.): ..... / No sabe
2. ¿Tiene o ha tenido convulsiones a repetición o epilepsia? SI NO
3. ¿Tiene o ha tenido episodios de mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, dolor fuerte en el pecho, palpitaciones o dificultad para respirar durante o después del ejercicio? SI NO
4. ¿Tiene o ha tenido infecciones urinarias a repetición? SI NO
5. ¿Tiene o ha tenido espasmos bronquiales a repetición o asma? SI NO
6. ¿Le han diagnosticado diabetes? SI NO
7. ¿Presenta o ha presentado presión arterial alta? SI NO
8. ¿Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún otro problema del corazón? SI NO
9. ¿Ha tenido Cáncer o tratamiento oncológico en algún momento de su vida? SI NO
10. ¿Ha tenido algún traumatismo o accidente que haya requerido internación? SI NO
11. ¿Tiene o ha tenido insuficiencia renal? SI NO
12. ¿Tiene o ha tenido dolor o muchas infecciones del oído? SI NO
13. ¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación? SI NO  
Causa: .....  
.....
14. ¿Recibe algún tratamiento médico, psicológico, fonoaudiológico, etc.? SI NO  
¿Cuál? .....  
.....



**Instituto "San José"**

Hermanos de Nuestra Señora de la Misericordia

**E.G.B.3-POLIMODAL-PROFESORADO**

Libertad 341 - 4200 Sgo. del Estero - Tel (0385) 211579 / 240161

e-mail: [secretariasecundaria@sanjosesgo.edu.ar](mailto:secretariasecundaria@sanjosesgo.edu.ar)

4200 Santiago del Estero.

15. ¿Hay algo de la salud del niño/a o adolescente que le preocupa? SI NO  
¿Cuál?.....  
.....  
.....

16. ¿Cuándo fue la última vez que un médico pesó y midió al niño/a y controló su carnet de vacunas? Hace menos de 1 año Hace más de 1 año No recuerda

17. ¿Tiene algún problema de salud no detallado anteriormente? SI NO  
¿Cuál?: ..... ¿Tienen o  
han tenido algún problema de salud importante? Sí No No sabe  
¿Cuál/es? .....

18. ¿Algún familiar directo menor de 50 años sufrió muerte súbita o repentina? Sí –No-No sabe

19. ¿Tiene algún conviviente de la familia que sea considerado personal esencial (salud, seguridad, transportista?  
¿Quién?.....  
.....

20. ¿Ha viajado o proviene de alguna zona donde haya casos de Covid 19 en los últimos 30 días?  
SI NO

21. ¿Ha estado con alguna persona que provenga de alguna zona con casos de Covid 19 en los últimos 30 días? SI NO

22. ¿Ha estado con personas que presenten síntomas respiratorios sospechosos de Covid 19 en los últimos 30 días? SI NO

23. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con Covid 19 positivo en los últimos 30 días? SI NO

24. ¿El niño/a o adolescente ha presentado algún signo o síntoma sospechoso de Covid 19 o respiratorio en los últimos 30 días? SI NO

¿Cuál?.....  
.....  
.....

***"Declaro que los datos son fieles a la verdad bajo juramento".***

Nombre y apellido del padre/madre: .....

Tipo y Número de documento.....

Firma: .....



**Instituto "San José"**  
 Hermanos de Nuestra Señora de la Misericordia  
**E.G.B.3-POLIMODAL-PROFESORADO**  
 Libertad 341 - 4200 Sgo. del Estero - Tel (0385) 211579 / 240161  
 e-mail: [secretariasecundaria@sanjosesgo.edu.ar](mailto:secretariasecundaria@sanjosesgo.edu.ar)  
 4200 Santiago del Estero.

**Realización de examen clínico:**

Esquema de vacunación: ¿Trajo carnet? Sí -No ¿Tiene carné completo? SI- No

Vacunas colocadas durante el control.....

Peso (kg)						
Talla (cm)		Percentil (PC) TALLA	Menor a 3		Mayor o igual a 3	
IMC		Percentil (PC) IMC	Menor a 3 emaciaciones			
		Entre 3 y 9 ( riesgo de bajo peso)				
		Entre 10 y 84 (normal)				
		Entre 85 y 97 (sobrepeso)				
		Mayor a 97 (obesidad)				

PRESION ARTERIAL	SISTOLICA	
	DIASTOLICA	
CARDIOVASCULAR	Con hallazgos relevantes	hallazgos
	Sin hallazgos relevantes	
	No se evaluó	
RESPIRATORIO	Con hallazgos relevantes	hallazgos
	Sin hallazgos relevantes	
	No se evaluó	

**Observaciones:**.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Dejo constancia que: .....DNI: .....

de.....años de edad se le ha realizado un Control de salud para detección de factores de riesgo para covid 19.

Día Mes Año

Firma y sello del médico