



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

FICHA MÉDICA PARA EL REGRESO A CLASES

A continuación, les solicitamos que completen la siguiente información que será de utilidad para que se realice una evaluación de rastreo de factores de riesgo del niño/a/adolescente. 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:.....

.....



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

14- Ha padecido en fechas recientes:

Hepatitis (60 días): SI NO

Sarampión (30 días): SI NO

Parotiditis (30 días): SI NO

Mononucleosis infecciosas (30 días): SI NO

Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro, muñeca (60 días): SI NO

15- ¿Recibe algún tratamiento médico, psicológico, fonoaudiológico, etc.? SI NO

¿Cuál?.....

.....

16- ¿Hay algo de la salud del niño/a o adolescente que le preocupa? SI NO

¿Cual?.....

.....

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?.....

.....

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

Nombre y apellido del padre/madre:

Tipo y Número de documento:

Firma del padre /tutor:



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

REALIZACIÓN DE EXAMEN CLÍNICO:

Esquema de vacunación

1- ¿Trajo carnet? SI -NO

2- ¿Tiene carné completo? SI- NO

3- Vacunas colocadas durante el control.....

4- Recibió la vacunación contra el COVID-19? SI NO

5 - Peso:

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	Observaciones
	DIASTOLICA	
CARDIOVASCULAR	Con hallazgos relevantes	Observaciones
	Sin hallazgos relevantes	
	No se evaluó	
RESPIRATORIO	Con hallazgos relevantes	Observaciones
	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.

Día /Mes/ Año:.....

Firma y sello del médico