

Arzobispado de Buenos Aires  
**Colegio Parroquial Nuestra Señora de la Anunciación**  
(A-523)  
Barzana 2040 - C1431EAN – CABA - ☎ 4522-8735

**FICHA ANTECEDENTES DE SALUD (ACTUALIZACIÓN) – AÑO 2023**

Año: 1º  2º  3º  4º  5º

Turno: Mañana  Tarde

Fecha de entrega de la presente Actualización: ..... / ..... / .....

Apellido y Nombre: .....

Tipo y Número de Documento: .....

Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... Edad:..... años. Peso: .....kg. Estatura: .....cm.

Domicilio de la Madre: .....

Domicilio del Padre: .....

Teléfono celular de la Madre: .....

Teléfono celular del Padre: .....

Grupo sanguíneo:..... Factor RH: .....

Médico Pediatra/de familia. Nombre y Apellido del profesional:.....

Teléfono del profesional: .....

Cobertura Médica: ..... Plan: .....

Nº de afiliado: .....

Centros médicos de preferencia en caso de necesidad:

1. Lugar:..... Dirección: ..... Teléfono: .....

2. Lugar:..... Dirección: ..... Teléfono: .....

3. Lugar:..... Dirección: ..... Teléfono: .....

En caso de Emergencia comunicarse con:

1. Nombre y apellido: ..... Vínculo: .....

Teléfonos fijos y móviles:.....

2. Nombre y apellido: ..... Vínculo: .....

Teléfonos fijos y móviles:.....

**Tildar SI o NO. En caso de marcar SI, especificar:**

- ¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI NO

Desde (fecha): ..... Motivo:.....

- ¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad? SI NO

Detallar:.....

- ¿Ha sido internado o ha 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

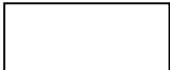
Motivo:.....

Descripción: .....

Fecha estimada de inicio del tratamiento: .....

Dosis: .....

Administración: .....



Arzobispado de Buenos Aires  
**Colegio Parroquial Nuestra Señora de la Anunciación**  
 (A-523)  
 Barzana 2040 - C1431EAN – CABA - ☎ 4522-8735

- ¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO

Detallar:.....

- ¿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? Especificar: .....

.....  
 .....

**OBSERVACIONES**

.....  
 .....

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.

Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

C.A.B.A.....de.....de .....

\_\_\_\_\_  
 Firma de la Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
 Aclaración de firma - DNI

\_\_\_\_\_  
 Aclaración de firma - DNI

**CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA**

*Certifico que.....(ANOTAR NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE) DNI:..... de .....años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curricular o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.*

*Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Parroquial Nuestra Señora de la Anunciación.*

C.A.B.A.....de.....de .....

\_\_\_\_\_  
 Firma del Profesional

\_\_\_\_\_  
 Sello aclaratorio y Nº de matrícula