



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

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD (INGRESO) – AÑO 2024

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:

Vacunación Completa (incluye HPV) SI NO

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

Teléfono del profesional:

Cobertura Médica: Plan:

Nº de afiliado:

Por favor adjunte fotocopia de carnet y órdenes de consulta

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 y fechar:

ANOMALÍAS CONGÉNITAS:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Otras anomalías a considerar:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
ALTERACIONES NEUROLÓGICAS:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
ALTERACIONES EMOCIONALES:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
ALTERACIONES EN EL APARATO CARDIOVASCULAR:			
Cardiopatías congénitas o Infecciosas:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Arritmias o soplos:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Circulatoria:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:



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

Hipertensión Arterial:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Hipercolesterolemia:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Hemofílica:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Otras situaciones a considerar:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
ALTERACIONES EN EL APARATO RESPIRATORIO:			
Anomalías Respiratorias:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Sinusitis:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Anginas:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Asma Bronquial:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Otras situaciones:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA ABDOMINAL:			
Hernias:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Cirugías:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Úlceras Gastroduodenal:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Otras situaciones:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
ALTERACIONES EN LA NUTRICIÓN:			
Obesidad	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Alteraciones Digestivas	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Celiaquía	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Otras situaciones:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA MUSCULAR Y OSTEOARTICULAR:			
Fracturas:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Luxaciones:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Esguinces:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Lesiones Ligamentosas:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Lesiones Musculares o Tendinosas:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Correcta organización Columna Vertebral:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Otras situaciones.	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:

¿HA PADECIDO O PADECE EN LA ACTUALIDAD...?			
Convulsiones	SI NO	Tuberculosis:	SI NO
Alteraciones en la Piel:	SI NO	Vértigos/mareos:	SI NO
Procesos inflamatorios:	SI NO	Sarampión:	SI NO
Procesos Infecciosos:	SI NO	Varicela:	SI NO
Diabetes:	SI NO	Tos convulsa:	SI NO
Dengue:	SI NO	Paperas:	SI NO
Fiebre reumática:	SI NO	Otitis:	SI NO
Hepatitis:	SI NO	Escarlatina:	SI NO
Mal de Chagas:	SI NO	Meningitis:	SI NO
Parotiditis:	SI NO	Reumatismo:	SI NO
Enfermedades infecto-contagiosas:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:
Otras situaciones:	SI NO	Cuál?:.....	Fecha:



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

Alergias	SI	NO	Cual/es?	
AGUDEZA VISUAL ¿Usa lentes?	SI	NO	EVALUACIÓN AUDITIVA NORMAL	SI NO

Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:				
Cefaleas:	SI	NO	Cansancio extremo:	SI NO
Mareos:	SI	NO	Dolor en el pecho:	SI NO
Vómitos:	SI	NO	Dificultad para respirar:	SI NO
Pérdida de conciencia:	SI	NO		
Otros síntomas. Detallar:			

¿Fue operado en algún momento?	SI	NO	De qué?.....	Fecha:
			De qué?.....	Fecha:
¿Ha sido internado alguna vez?	SI	NO	Por qué?.....	Fecha:
			Por qué?.....	Fecha:
¿Ha sufrido algún traumatismo de cráneo?	SI	NO		
¿Ha sido con pérdida de conocimiento?	SI	NO		
¿Tiene problemas de coagulación?	SI	NO		
¿Es epiléptico?	SI	NO		
¿Se encuentra bajo tratamiento psicológico?	SI	NO		

- ¿Toma alguna medicación en forma regular? SI NO
 Motivo:.....
 Descripción:
 Fecha estimada de inicio del tratamiento:
 Dosis: Administración:
- ¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO
 Detallar:.....
- En la actualidad, ¿existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?
 Especificar:

OBSERVACIONES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo/ a son verídicos. 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 varieran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

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

 Firma de la Madre o Tutor

 Aclaración de firma - DNI

 Firma del Padre o Tutor

 Aclaración de firma - DNI



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

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que (ANOTAR NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE) DNI:..... deaños 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 N° de matrícula