



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 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:

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:..... 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 Nº de matrícula
