GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE EDUCACION - MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD

DATOS DEL ALUMNO

Escuela: _____ D.E.:____ Año: _____ División: _____ Turno: _____

Apellido y Nombre del alumno: _____

Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

D.N.I.: _____ Localidad: _____

Nombre del Adulto responsable: _____

Vínculo: _____ Tel.: del Responsable: _____ Tel (2).: _____

Pertenece a: _____ Vínculo: _____ Posee cobertura médica: SI | NO

Tipo y nombre de Obra Social: _____ Prepaga: _____

Plan médico de cabecera: _____ Posee libreta oficial de salud escolar SI | NO

Última fecha de actualización de la libreta oficial de salud escolar: ____/____/____

ANTECEDENTES DE SALUD

1) ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	OBSERVACIONES
diabetes.			
enfermedad cardiaca (Soplo, palpitaciones, hipertensión).			
hernia.			
alergia (aclarar a que y como al trata).			
convulsiones.			
asma.			
sinusitis, adenoiditis, otitis (a repetición).			
otras (aclarar cuál)			
2) Operaciones (aclarar mes y año)			
de apendicitis.			
otras.			
3) En los últimos 2 meses ¿tuvo alguna de éstas enfermedades?			
hepatitis.			
sarampión.			
paperas.			
mononucleosis infecciosa.			
tuberculosis.			
fracturas, esguinces o luxaciones (aclarar de que).			
4) ¿Manifiesta algún problema...			
... auditivo? ¿cuál?			
... visual? ¿cuál?			
... con algún tipo de alimento? ¿cuál?			
... de sueño o el de dormir? ¿cuál?			
... cuando viaja en algun medio de transporte? ¿cuál?			
... con la práctica de deportes? ¿cuál?			
... para retener la orina?			
... de desviación de columna?			
... de perdida de conciencia?			
... de desmayos por golpe de calor?			
5) ¿Posee algún familias directo fallecido antes de los 45 años por falla cardíaca súbita?			
6) ¿Actualmente toma algún medicamento? Indíque el nombre de la medicación y duración del tratamiento			

Indique si sabe nadar SI ☐ NO ☐

Otra inficación que le parezca importante señalar: _____

La presente es solo una declaración del adulto responsable del joven a su cargo para conocimiento de la escuela, por lo tanto, NO REQUIERE FIRMA DE PROFESIONAL MËDICO ALGUNO.

La Libreta Oficial de Salud Escolar es el único documento válido y obligatorio para realizar actividades curriculares en la escuela, incluyendo las de Educación Física y las acuáticas. Su validez es trienal y el control de salud para su extensión o actualización se realiza solo por profesionales designados por el Programa de Salud Escolar de la Secretaria de Salud del GCBA, durante el curso del año lectivo de pre - escolar, 1º, 4 y 7º grado y 2º años de las Escuelas Medias. Para considerarla actualizada deberán figurar la fecha, firma y sello del profesional interviniente.

Firma del adulto responsable | Aclaración | D.N.I