



## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Estimados padres:

Les pedimos que completen la siguiente ficha, **con fecha 2023**, para unificar y actualizar los datos que son importantes en caso de urgencia. La primera parte deberá ser completada por los padres; la segunda por el médico pediatra.

Muchas gracias.

### Formulario a completar por los padres

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sala/Grado/Año: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono de los padres (celular, trabajo, etc): \_\_\_\_\_

Teléfonos alternativos en caso de no encontrar a los padres: \_\_\_\_\_

Cobertura médica/ obra social: \_\_\_\_\_ N° de asociado: \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencias prepaga u obra social: \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra y teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital o Sanatorio donde dirigirse en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de madre/padre

\_\_\_\_\_  
Aclaración

(CONTINÚA ATRÁS...)



**Formulario a completar por el médico pediatra**

	Indicar con una X	
	SI	NO
a) Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos		
b) Padece alguna de las siguientes enfermedades:		
Metabólicas, Diabetes		
Cardiopatías congénitas		
Cardiopatías infecciosas		
Hernias inguinales, crurales		
Alergias		
c) Ha padecido en fecha reciente:		
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis infecciosa (30 días)		
Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)		

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra apto para realizar actividades físicas? SI NO

¿Alguna otra situación determinada por el médico? SI NO ¿Cuál?

¿Toma medicamentos? SI NO ¿Cuáles?

Vacunación obligatoria al día: SI NO

**En caso de no poder realizar actividad física rogamos presentar junto a este formulario el certificado médico correspondiente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Aclaración/ Sello