



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

"2022 - Año del 40º Aniversario de la Guerra de Malvinas"

En homenaje a los veteranos y caídos en la defensa de las Islas Malvinas y el Atlántico Sur"

Anexo Disposición

Número: DI-2019-32847417-GCABA-DGEGIP

Referencia: ANEXO III - DISPOSICIÓN EDUCACIÓN FÍSICA

ANEXO III

MODELO Y GESTIÓN DE INSTRUMENTOS DE COMUNICACIÓN
FICHA ANTECEDENTES DE SALUD - INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

Nombre y Apellido del alumno/a		Fecha	Foto
PRISCILLA MARTINEZ MENDEZ		25/04/2023	
Fecha de Nacimiento	Edad actual	DNI N°	
22/12/2006	16 años	47699066	
Médico Pediatra/de familia		Teléfono de contacto	
Piccoli Sabrina			
Cobertura Médica	Plan	Número Afiliado	
Swiss medical	Pago	8000604447854104	
Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad- (Lugar - Dirección - Teléfono) -			
1- Centro DOT			
2- Sanatorio Los Arcos.			
3-			
En caso de Emergencia comunicarse con - (Apellido y nombre - vínculo - teléfonos de contacto) -			
1-			
2-			

INFORMACIÓN GENERAL

Grupo Sanguíneo	A	Factor RH	+	Peso Kg.	77	Estatura	180 cm.
Vacunación Completa (Incluye HPV)		SI	X	NO			

Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

Anomalías Congénitas:

SI		NO	
----	--	----	--

Detallar:

Otras anomalías que se debieran considerar:

Detallar:

Alteraciones Neurológicas:

SI ☐

NO ☒

Detallar: _____

Alteraciones Emocionales:

SI ☐

NO ☒

Detallar: _____

Alteraciones del Aparato Cardiovascular

Cardiopatías congénitas o Infecciosas

SI ☐

NO ☒

Arritmias o soplos

SI ☐

NO ☒

Circulatoria

SI ☐

NO ☒

Hipertensión Arterial

SI ☐

NO ☒

Hipercolesterolemia

SI ☐

NO ☒

Hemofilia

SI ☐

NO ☒

Otras situaciones a considerar, detallar: _____

Alteraciones del Aparato Respiratorio

Anomalías Respiratorias

SI ☐

NO ☒

Sinusitis

SI ☐

NO ☒

Anginas

SI ☒

NO ☐

Asma Bronquial

SI ☐

NO ☒

Otras situaciones a considerar, detallar: _____

Alteraciones en la Estructura Abdominal

Hernias

SI ☐

NO ☒

Cirugías

SI ☐

NO ☒

Úlceras Gastroduodenal

SI ☐

NO ☒

Otras situaciones a considerar, detallar: _____

Alteraciones en la Nutrición

Obesidad

SI ☐

NO ☒

Alteraciones Digestivas

SI ☐

NO ☒

Celiaquía

SI ☐

NO ☒

Otras situaciones a considerar, detallar: _____

Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular

Fracturas

SI ☐

NO ☒

Luxaciones

SI ☐

NO ☒

Esguinces

SI ☒NO ☐

Lesiones Ligamentosas

SI ☐NO ☒

Lesiones Musculares o Tendinosas

SI ☐NO ☒

Correcta organización Columna vertebral

SI ☐NO ☒

Otras situaciones a considerar, detallar:

Esguinces leves
Escaleras leve.

Ha padecido o padece en la actualidad

Convulsiones

SI ☐NO ☒

Alteraciones en la Piel

SI ☐NO ☒

Procesos Inflamatorios

SI ☐NO ☒

Procesos Infecciosos

SI ☐NO ☒

Diabetes

SI ☐NO ☒

Dengue

SI ☐NO ☒

Fiebre reumática

SI ☐NO ☒

Hepatitis

SI ☐NO ☒

Mal de Chagas

SI ☐NO ☒

Parotiditis

SI ☐NO ☒

Tuberculosis

SI ☐NO ☒

Vértigos/mareos

SI ☐NO ☒

Otras situaciones a considerar, detallar:

Alergias

Especificar y Fechar:

Agudeza visual. ¿Usa lentes?

No.

Evaluación auditiva. Normal

SI ☒NO ☐

Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:

Cefaleas

SI ☐NO ☒

Mareos

SI ☐NO ☒

Vómitos

SI ☐NO ☒

Cansancio extremo

SI ☐NO ☒

Dolor de Pecho

SI ☐NO ☒

Dificultad para respirar

SI ☐NO ☒

Pérdida de conciencia

SI ☐NO ☒

INSTITUTO SACRATISIMO CORAZÓN DE JESUS A-447

Otros síntomas, detallar: _____

¿Toma alguna medicación en forma regular?

(Motivo - Descripción - Fecha estimada inicio del tratamiento - Dosis - Administración)

NO

¿Ha sido Internado alguna vez?

SI ☒NO ☐

¿Cuándo? ¿Porqué?

- Neumonía 2 veces y 2 años

¿Fue Operado en algún momento?

SI ☐NO ☒

¿Cuándo? ¿Porqué?

¿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 son verídicos.

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

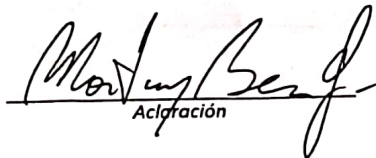
Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento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

Fecha

25/01/2023



Firma progenitor



Aclaración

23120771

D.N.I.



Firma progenitor



Aclaración

23996984

D.N.I.

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 25 de enero de 2023.

Certifico que DNI 47699066 de 16 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, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma Médico Interviniente

Sello Médico Interviniente

SASHINA B. PICCOLI
ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA
M.N. 158055