



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S

"2022 - Año del 40° 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 Disposicion

Número: DI-2022-11644486-GCABA-DGEGP

Buenos Aires, Lunes 28 de Marzo de 2022

Referencia: ANEXO II - S/MODELO Y GESTIÓN DE INSTRUMENTOS DE COMUNICACIÓN
FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

ANEXO II

MODELO Y GESTIÓN DE INSTRUMENTOS DE COMUNICACIÓN

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO

*Nombre y Apellido del alumno/a Fecha Foto

*Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO) Edad actual años. DNI N°

*Médico Pediatra/de familia Teléfono de contacto

*Cobertura Médica Plan Número Afiliado

*Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

1. (Lugar – Dirección – Teléfono)

(Lugar – Dirección – Teléfono)

(Lugar – Dirección – Teléfono)

*En caso de Emergencia comunicarse con:

1. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)
2. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

Información General:

*Grupo Sanguíneo Factor RH . *Peso kg. *Estatura cm.

*Vacunación Completa (incluye HPV) SI 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 en el Aparato Cardiovascular

Cardiopatías congénitas o Infecciosas SI NO

Arritmias o soplos SI NO

Circulatoria SI NO

Hipertensión Arterial SI NO

Hipercolesterolemia SI NO

Hemofílica SI NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

***Alteraciones en el 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:

*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?

*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 en el Pecho SI NO

Dificultad para respirar SI NO

Pérdida de conciencia SI NO

Otros síntomas, detallar:

*¿Toma alguna medicación en forma regular?

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

*¿Ha sido Internado alguna vez? SI NO

¿Cuándo? ¿Porqué?

*¿Fue Operado en algún momento? SI NO

¿Cuándo? ¿De qué?

*¿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.

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 - Firma, aclaración y documento de identidad de los progenitores.

2. FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - ACTUALIZACIÓN

*Nombre y Apellido del alumno/a *Año y División

*FECHA DE ACTUALIZACIÓN

*Médico Pediatra/de familia Teléfono de contacto

*Cobertura Médica Plan Número Afiliado

*Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

(Lugar – Dirección – Teléfono)

(Lugar – Dirección – Teléfono)

3. (Lugar – Dirección – Teléfono)

*En caso de Emergencia comunicarse con:

1. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

2. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

INFORMACIÓN GENERAL

*Peso kg. *Estatura cm

*¿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 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 inicio del tratamiento – Dosis – Administración

*¿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.

Fecha - Firma, aclaración y documento de identidad de los progenitores.

3. CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, , (Fecha).

Certifico que DNI de 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 y sello del Médico Interviniente

Opcional: Dirección de correo electrónico – Teléfono de contacto

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2022.03.28 11:43:40 -03'00'

Maria Constanza Ortiz
Director General
D.G. DE EDUCACION DE GESTION PRIVADA
MINISTERIO DE EDUCACION

Digitally signed by Comunicaciones
Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2022.03.28 11:43:41 -03'00'