



Oxford High School

SALA DE 1 AÑO - NIVEL INICIAL
PRIMARIA - SECUNDARIA
FORMACIÓN BILINGÜE

Montañeses 2759 - CABA - Tel.: 4788-2925 / 4706-1577 / 4706-1602
E-mail: oxford@vaneduc.edu.ar



Ficha Antecedentes de Salud - Nivel Secundario

Nombre y Apellido del/a alumno/a:	Fecha	Foto
-----------------------------------	-------	------

D D M M A A A A	años	
Fecha de Nacimiento:	Edad Actual:	DNI N°:

Médico Pediatra de la familia:	Tel. de Contacto:
--------------------------------	-------------------

Cobertura Médica:	Plan:	N° Afiliado:
-------------------	-------	--------------

Centros Médicos en los que prefiero ser atendido en caso de necesidad:

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 (en cm.)
-----------------	-----------	----------	-------------------

Vacunación Completa (incluye HPV): SI NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Consigna 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: SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Detallar: _____

Otras anomalía que se debieran considerar:

Detallar: _____

Alteraciones Neurológicas: SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Detallar: _____

Alteraciones Emocionales: SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Detallar: _____

Alteraciones en el Aparato Cardiovascular

Cardiopatías congénitas o Infecciosas SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Arritmias o soplos SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Circulatoria SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Hipertensión Arterial SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Hipercolesterolemia SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Hemofílica SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Otras situaciones a considerar, detallar: _____

Alteraciones en el Aparato Respiratorio

Anomalías Respiratorias SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Sinusitis SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Anginas SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Asma Bronquial SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Otras situaciones a considerar, detallar: _____

Alteraciones en la Estructura Abdominal

Hernias SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Cirugías SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Úlceras Gastroduodenal SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Otras situaciones a considerar, detallar: _____

Alteraciones en la Nutrición

Obesidad SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Alteraciones Digestivas SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Celiaquía SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Otras situaciones a considerar, detallar: _____

Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular

Fracturas SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Luxaciones SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Esguinces SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Lesiones Ligamentosas SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Lesiones Musculares o Tendinosas SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Correcta organización Columna Vertebral SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Otras situaciones a considerar, detallar: _____

Ha padecido o padece en la actualidad:

Convulsiones SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Alteraciones en la Piel SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Procesos Inflamatorios SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Procesos Infecciosos SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Diabetes SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Dengue SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

- Fiebre reumática SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)
- Hepatitis SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)
- Mal de Chagas SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)
- Parotiditis SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)
- Tuberculosis SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)
- Vértigos/Mareos SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Otras situaciones a considerar, detallar: _____

Alergias

Especificar y fechar: _____

Agudeza Visual ¿Usa Lentes?

Evaluación auditiva. Normal SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

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

- Cefaleas SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)
- Mareos SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)
- Vómitos SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)
- Cansancio extremo SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)
- Dolor de Pecho SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)
- Dificultad para respirar SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)
- Pérdida de conciencia SÍ NO (hacer círculo a lo que corresponda)

Otros síntomas, detallar: _____

¿Toma alguna medicación en forma regular?
 (Motivo - Descripción - Fecha estimada inicio del tratamiento - Dosis - Administración)

¿Ha sido internado alguna vez?
¿Cuándo? ¿Por qué?

SÍ

NO

(hacer círculo a lo que corresponda)

¿Fue operado en algún momento?
¿Cuándo? ¿Por qué?

SÍ

NO

(hacer círculo a lo que corresponda)

¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno/a que corresponda informar?
Especificar:

OBSERVACIONES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro/a hijo/a 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 varíaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha

Firma y Aclaración Progenitor

DNI Progenitor

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA - 2020

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20__.

Certifico que _____, DNI: _____, de _____ años de edad, habiendo sido examinado/a 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 del Médico Interviniente

Sello del Médico Interviniente

Dirección de correo electrónico (opcional)

Teléfono de Contacto (opcional)