



# 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 Fecha de Nacimiento:	años 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)