



Instituto Incorporado a la enseñanza oficial – A-221
Nivel Inicial-Nivel Primario-Nivel Secundario

Teléfono: (54-11) 4863-0705
Fco. Acuña de Figueroa 855
(C1180AAO)
www.colegiobetania.edu.ar

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRE _____			
TIPO Y N° de DOCUMENTO _____			
FECHA DE NACIMIENTO _____	EDAD _____	SEXO _____	
DOMICILIO DE LOS PADRES RESPONSABLES _____			
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A _____		TELEFONO _____	
OBRA SOCIAL _____	SOCIO N° _____	TELEFONO _____	

Grupo Sanguíneo: _____	VACUNA Antitetánica: SI - NO	Fecha: ____ / ____ / ____
Grupo: Factor RH:	EN CASO DE NO POSEER ANTITETÁNICA AL DÍA, APLICARLA. POR FAVOR, ADJUNTAR CERTIFICADO.	

• VACUNAS (adjuntar fotocopia de actualizaciones cuando corresponda).
--

• ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo)		
Asma	Epilepsia	Paperas
Bronquitis	Escarlatina	Tos convulsa Varicela
Cardiopatías	Hernias	Reumatismo
Celíaco	Meningitis	Sarampión
Diabetes	Otitis	Sinusitis
Otras: _____		

• ANTECEDENTES DE SALUD		
OPERACIONES		
* _____	FECHA _____	_____
* _____	FECHA _____	_____
* _____	FECHA _____	_____
TRAUMATISMO / FRACTURAS		
* _____	FECHA _____	_____
* _____	FECHA _____	_____
* _____	FECHA _____	_____

ALERGIAS	
*	COMO LA EVITA?
*	COMO LA EVITA?
*	COMO LA EVITA?
¿SUFRE DE DIABETES? _____	
¿TIENE PROBLEMAS DE COAGULACION? _____	

SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MEDICA
*
*
*

C.A.B.A...../...../20.... <u>APTO FISICO</u>	
Certifico haber examinado a.....DNI.....	
Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.	
Para ser presentado ante las autoridades del Instituto BETANIA A-221	
..... Firma del profesional Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otras en particular me comprometo a informar por medios fehacientes. Sin APTO FISICO no podrá ser calificado.

.....
FIRMA del PADRE, MADRE o TUTOR

.....
ACLARACION Y DNI

ALUMNOS DE SALA DE 4, 5 Y 1° GRADO DEBEN TRAER FIRMADO EL APTO OFTALMOLOGICO
