



FICHA DE SALUD

ESCUELA PRIMARIA

LA PRESENTE FICHA DE SALUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

DATOS A COMPLETAR POR LOS PADRES

1. NOMBRE DEL ALUMNO:
2. EDAD: AÑOS
3. ANTECEDENTES FAMILIARES IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN AL ALUMNO

 INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES TUMORES ALERGIAS METABÓLICOS O DIABETES
 ENFERMEDADES MENTALES
 OBSERVACIONES: (INDICAR PARENTESCO DEL FAMILIAR QUE PADECIÓ ALGUNA DE ESTAS AFECCIONES)

4. ANTECEDENTES PERSONALES (INDICAR CON UNA CRUZ LAS AFECCIONES SUFRIDAS POR SU HIJO / A)
 PERINATALES INFECCIONES AGUDAS INTERNACIONES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
 ACCIDENTES O INTOXICACIONES TRATAMIENTOS
 OBSERVACIONES:

5. ENUMERE LAS ENFERMEDADES QUE ÉL / ELLA HA TENIDO

6. INDIQUE SI EL ALUMNO TOMA ALGUNA MEDICACIÓN EN FORMA REGULAR Y LA CAUSA

7. ÁREA PSICOPEDAGÓGICA / PSICOLÓGICA
 ¿HA SIDO SU HIJO / A SOMETIDO / A A ALGÚN TRATAMIENTO?
 PSICOLÓGICO PSIQUIÁTRICO PSICOPEDAGÓGICO
 DETALLE BREVEMENTE LAS CAUSAS QUE MOTIVAN LA DERIVACIÓN AL PROFESIONAL

 ESTADO ACTUAL – IMPORTANTE: SI AÚN SIGUE EN TRATAMIENTO ADOSAR INFORME PROFESIONAL DONDE INDIQUE EL APTO
 PSICOLÓGICO/PSICOPEDAGÓGICO DEL ALUMNO PARA SU ESCOLARIDAD.

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

1. EXAMEN FÍSICO

APTO CARDIOVASCULAR

APTO RESPIRATORIO

APTO DIGESTIVO

EVALUACIÓN ORTOPÉDICA

EVALUACIÓN DERMATOLÓGICA

OBSERVACIONES

.....

.....

2. ¿DEBE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA RESTRINGIDA? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE ¿CUÁL ES LA CAUSA?

.....

3. ESTADO ACTUAL

PESO KG

TALLA

ESTADO NUTRICIONAL

.....
FIRMA DE LA MADRE

.....
ACLARACIÓN

.....
FIRMA DE LA PADRE

.....
ACLARACIÓN

.....
FIRMA DEL MÉDICO Y N° DE REGISTRO

.....
ACLARACIÓN

.....
FIRMA DEL DOCENTE

.....
ACLARACIÓN

FECHA DE REALIZACIÓN / /