



**COLEGIO BUENOS AIRES**  
FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRES: ..... DNI: ..... EDAD: .....  
 DOMICILIO: ..... TELÉFONO: ..... TELÉFONO ALTERNATIVO: .....  
 CURSO: ..... DIVISIÓN: ..... TURNO: ..... GRUPO SANGUÍNEO ..... SECCIÓN: .....

ANTECEDENTES	Indicar con X	
	SÍ	NO
A) SE ENCUENTRA PADECIENDO: • Procesos inflamatorios o infecciosos _____		
B) PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: • Metabólicas: Diabetes _____ • Respiratorias (laringitis, asma) _____ • Cardiopatías congénitas _____ • Cardiopatías infecciosas _____ • Hernias inguinales, crurales _____ • Osteoarticulares (escoliosis) _____ • Alergias _____  En caso afirmativo indique a qué: ..... ■ Alergia _____ a _____ algún medicamento: _____  En caso afirmativo indique a cuál: ..... • Sensoriales (trastornos visuales o auditivos) _____		
C) HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE: • Hepatitis (60 días) _____ • Sarampión (30 días) _____ • Parotiditis (30 días) _____ • Mononucleosis infecciosa (30 días) _____ • Esguinces o luxaciones de: Tobillo, hombro o muñeca (60 días) _____		
D) ¿TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE?  Indique cuáles: .....		
E) ALGUNA OTRA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO:  Descripción: ..... ..... .....		
¿ES APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA? _____	SÍ	NO
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: ..... FECHA: ..... / ..... / 20 .....		
¿TIENE LIBRETA SANITARIA ACTUALIZADA? (Adjuntar fotocopia)	SÍ	NO
¿TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS? (Adjuntar fotocopias)		
¿POSEE COBERTURA MÉDICA? ¿Cuál? ..... Domicilio y teléfono de tal cobertura: ..... Afiliado N°: .....		
<p><b>Autorizo a que, en caso de ser necesario, mi hijo sea trasladado para su asistencia por las empresas de emergencia médica contratadas por el Colegio Buenos Aires a la guardia médica del hospital público más cercano.</b></p> En caso de no localizarnos llamar a ..... Tel: .....		

Buenos Aires, ..... de ..... de 20. ....

Firma y aclaración del padre, madre o tutor: .....