



COLEGIO BUENOS AIRES
FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRES: EDAD:

TELÉFONO: TELÉFONO ALTERNATIVO:

CURSO: DIVISIÓN: TURNO: SECCIÓN **SECUNDARIA**

ANTECEDENTES	Indicar con X	
	SÍ	NO
A) SE ENCUENTRA PADECIENDO: • Procesos inflamatorios o infecciosos _____		
B) PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: • Metabólicas: Diabetes _____ • Cardiopatías congénitas _____ • Cardiopatías infecciosas _____ • Hernias inguinales, crurales _____ • Alergias _____ En caso afirmativo indique a qué: ■ Alergia a algún medicamento: _____ En caso afirmativo indique a cuál:		
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.....		
NOTA: En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems señalados precedentemente, deberá presentar, conjuntamente con el formulario, el certificado médico que avale la afección consignada.		
¿TIENE LIBRETA SANITARIA ACTUALIZADA? (Adjuntar fotocopia)	SÍ	NO
¿POSEE COBERTURA MÉDICA? ¿Cuál? Domicilio y teléfono de tal cobertura:		
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. En caso de no localizarnos llamar a Tel:		

Buenos Aires, de de 20.....

Firma y aclaración del padre, madre o tutor: