



Colegio Esteban Echeverría



EXCELLENTIA IN
EDUCATIONE

EXCELLENTIA IN
EDUCATIONE

San Juan 983 Cap. Fed. – Tel: 4304-2147

SECCIÓN SECUNDARIA FICHA DE SALUD

Año 2020

I) DATOS A COMPLETAR POR LOS PADRES

1. Nombre del alumno: _____

2. Edad: _____

3. **Antecedentes Familiares:** (Indicar con una cruz los casos registrados en su familia)

Intervenciones Cardiovasculares

Tumores

Alergias

Metabólicos y Diabetes

Enfermedades Mentales

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Observaciones: (Indicar parentesco del familiar que padeció alguna de las afecciones) _____

4. **Antecedentes Personales** (Indicar con una cruz las afecciones sufridas por si hijo/a)

Perinatales

Infecciones Agudas

Internaciones e intervenciones quirúrgicas

Accidentes o Intoxicaciones

Tratamientos

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

5. Enumere las enfermedades que el/la alumno/a ha tenido: _____

6. Área Psicopedagógica / Psicológica

¿Ha sido su hijo/a sometido/a a algún tratamiento?

Psicológico

Psiquiátrico

Psicopedagógico

Detalle brevemente las causas que motivan la derivación profesional: _____

Estado actual: _____

(Si aún sigue en tratamiento adosar informe profesional donde indique el apto psicológico/psicopedagógico del alumno para su escolaridad)

II) 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: _____

Talla: _____

Estado Nutricional: _____

Firma de la Madre

Aclaración

Firma del Padre

Aclaración

Firma del Médico y número de Registro

Aclaración

Fecha de Realización: / /