



**COLEGIO ESTEBAN ECHEVERRÍA (A-34)**  
**TRABAJAMOS PARA LA EXCELENCIA**

**FICHA DE SALUD – Sección Primaria**

**Año Lectivo 2020.**

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO.....CURSO.....  
Fecha de nacimiento:.....Nacionalidad.....  
Domicilio.....Telefono.....  
Nombre y apellido del padre o tutor.....Ocupación.....

**DATOS A COMPLETAR POR LOS PADRES**

1) **ANTECEDENTES FAMILIARES** (COLOCAR SI-N 2) **ANTECEDENTES PERSONALES DEL ALUMNO** (SI-NO)

INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES		PERINATALES	
TUMORES		INFECCIONES AGUDAS	
ALERGIAS		INTERNACIONES O INTERVENCIONES	
METABÓLICOS Y DIABETES		ACCIDENTES O INTOXICACIONES	
ENFERMEDADES PERSONALES		TRATAMIENTOS	
OTROS		CELIAQUIA	

(Indicar parentesco de familiar que padeció alguna de estas afecciones)

.....  
.....

3) **ENUMERE LAS ENFERMEDADES QUE EL ALUMNO HA TENIDO**

.....  
.....

4) **INDIQUE SI EL ALUMNO TOMA MEDICACIÓN EN FORMA REGULAR Y LA CAUSA**

.....  
.....

5) **ÁREA PSICOPEDAGÓGICA / PSICOLÓGICA**

¿Su hijo ha sido sometido a algún tratamiento?

Psicológico

Psiquiátrico

Psicopedagógico

Detalle brevemente las causas que motivan la derivación al profesional.....

.....  
.....



# COLEGIO ESTEBAN ECHEVERRÍA

Trabajamos para la Excelencia

Av. San Juan 983 Cap. Fed Tel: 4300-2147 y líneas rotativas

<http://www.echeverria.vaneduc.edu.ar>



Estado actual.....  
.....  
.....

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

## DATOS A COMPLETAR POR EL MEDICO

### 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.....  
.....

Alguna otra aclaración.  
.....  
.....

Firma de la Madre y aclaración  
.....  
.....

Firma del Padre y aclaración  
.....  
.....

Firma del médico y número de registro (aclaración)  
.....

Firma del docente y aclaración  
.....