



**INSTITUTO SANTA MARÍA DE LUJÁN A-495**

INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL

NIVEL INICIAL – PRIMARIA – SECUNDARIA

3 de Febrero 760 – 1426 C.A.B.A. – TE: 4773-4125

E-mail: rectoria@isml.edu.ar / E-mail: [secundaria@isml.edu.ar](mailto:secundaria@isml.edu.ar)

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD NIVEL SECUNDARIO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_ D.N.I. Nº: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_

Médico Pediatra de Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_ Nº afiliado: \_\_\_\_\_

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

Indicar: *Lugar – Dirección – Teléfono*

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia comunicarse con:

Indicar: *Apellido y nombre, vínculo y teléfonos de contacto*

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL**

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor : RH \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ KG. Estatura: \_\_\_\_\_ cm.

Vacunación Completa (incluye HPV)      SI      NO

Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

<b>ANOMALÍAS CONGÉNITAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
DETALLAR:		
<b>OTRAS ANOMALÍAS QUE SE DEBIERAN CONSIDERAR</b>		
DETALLAR:		
<b>ALTERACIONES NEUROLÓGICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
DETALLAR:		

<b>ALTERACIONES EMOCIONALES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
DETALLAR:		
<b>ALTERACIONES EN EL APARATO CARDIOVASCULAR</b>		
CARDIPATÍAS CONGÉNITAS O INFECCIOSAS	SI	NO
ARRITMIAS O SOPLOS	SI	NO
CIRCULATORIA	SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	NO
HIPERCOLESTEROLEMIA	SI	NO
HEMOFÍLICA	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
<b>ALTERACIONES EN EL APARATO RESPIRATORIO</b>		
ANOMALÍAS RESPIRATORIAS	SI	NO
SINUSITIS	SI	NO
ANGINAS	SI	NO
ASMA BRONQUIAL	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
<b>ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA ABDOMINAL</b>		
HERNIAS	SI	NO
CIRUGÍAS	SI	NO
ULCERAS GASTRODUODENAL	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
<b>ALTERACIONES EN LA NUTRICIÓN</b>		
OBESIDAD	SI	NO
ALTERACIONES DIGESTIVAS	SI	NO
CELIAQUÍA	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
<b>ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA MUSCULAR Y OSTEOARTICULAR</b>		
FRACTURAS	SI	NO
LUXACIONES	SI	NO
ESGUINCES	SI	NO
LESIONES LIGAMENTOSAS	SI	NO
LESIONES MUSCULARES O TENDINOSAS	SI	NO
CORRECTA ORGANIZACIÓN COLUMNA VERTEBRAL	SI	NO

OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
<b>HA PADECIDO O PADECE EN LA ACTUALIDAD</b>		
CONVULSIONES	SI	NO
ALTERACIONES EN LA PIEL	SI	NO
PROCESOS INFLAMATORIOS	SI	NO
PROCESOS INFECCIOSOS	SI	NO
DIABETES	SI	NO
DENGUE	SI	NO
FIEBRE REUMÁTICA	SI	NO
HEPATITIS	SI	NO
MAL DE CHAGAS	SI	NO
PAROTIDITIS	SI	NO
TUBERCULOSIS	SI	NO
VÉRTIGOS/MAREOS	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
<b>ALERGIAS:</b>		
ESPECIFICAR Y FECHAR:		
<b>AGUDEZA VISUAL. ¿USA LENTES?</b>	SI	NO
<b>EVALUACIÓN AUDITIVA. NORMAL</b>	SI	NO
<b>DURANTE O INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA HA PADECIDO ALGUNA VEZ:</b>		
CEFALEAS	SI	NO
MAREOS	SI	NO
VÓMITOS	SI	NO
CANSANCIO EXTREMO	SI	NO
DOLOR EN EL PECHO	SI	NO
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	SI	NO
PÉRDIDA DE CONCIENCIA	SI	NO
OTROS SÍNTOMAS, DETALLAR:		

<b>¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN EN FORMA REGULAR?</b>	SI	NO
INDICAR MOTIVO – DESCRIPCIÓN – FECHA ESTIMADA INICIO DEL TRATAMIENTO – DOSIS – ADMINSTRACIÓN:		
<b>¿HA SIDO INTERNADO ALGUNA VEZ?</b>	SI	NO
INDICAR: ¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?		
<b>¿FUE OPERADO EN ALGÚN MOMENTO?</b>	SI	NO
INDICAR: ¿CUANDO? ¿POR QUÉ?		
<b>¿EN LA ACTUALIDAD, EXISTE ALGUNA OTRA SITUACIÓN VINCULADA CON LA SALUD DEL ALUMNO QUE CORRESPONDA INFORMAR?</b>		
ESPECIFICAR:		

**OBSERVACIONES:**

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.

Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y /o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

.....  
Firma de la Madre

.....  
Aclaración

DNI N°: .....

.....  
Firma de la Padre

.....  
Aclaración

DNI N°: .....

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**INSTITUTO SANTA MARÍA DE LUJÁN A-495**  
INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL  
NIVEL INICIAL – PRIMARIA – SECUNDARIA  
3 de Febrero 760 – 1426 C.A.B.A. – TE: 4773-4125/0701  
E-mail: rectoria@isml.edu.ar / E-mail: secundaria@isml.edu.ar

## **CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA**

---

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ..... de.....de 2024

Certifico que ..... D.N.I. N° ..... de ..... años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

.....  
Firma y sello del Médico Interviniente

Opcional:  
Indicar Dirección de Correo Electrónico – Teléfono de Contacto

.....