



ANEXO II

Expediente N° 3401-D-2016-02369...///

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD – AÑO: 2018**

APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE:.....

DNI N°.....FECHA DE NACIMIENTO:.....

DOMICILIO:.....

TELÉFONO FIJO:.....TELÉFONO CELULAR:.....

OBRA SOCIAL:.....AFILIADO N°:.....

NOMBRE DEL PADRE:.....DNI N°:.....

TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:.....

NOMBRE DE LA MADRE:.....DNI N°:.....

TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:.....

RESPONSABLE LEGAL DEL ESTUDIANTE:.....DNI N°:.....

TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:.....

Los abajo firmantes asumen la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Quedan notificados que, en caso de emergencia, el estudiante será trasladado al hospital, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además, se comprometen a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems deberán presentar con la Ficha el certificado Médico en que se indique diagnóstico, en aquellos casos en que el estudiante "SI" presenta algunas de las situaciones descriptas en la ficha, con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares.

**En Modalidad Educación Especial es obligatorio que la ficha médica se complete por el Profesional Médico de cabecera del estudiante y suscriba con firma y sello la misma.**

La Dirección General de Escuelas sugiere a lo/s Padre/s, Madre/s o Responsable legal de los estudiantes, el control médico anual de los mismos.



ANEXO II

Expediente N° 3401-D-2016-02369...///

<b>Antecedentes generales y condiciones de salud</b>	<b>Marcar con una cruz en el espacio libre</b>			
Procesos Inflamatorios	SI		NO	
Diabetes	SI		NO	
Afección cardíaca	SI		NO	
Asma	SI		NO	
Enfermedades del Sistema nervioso	SI		NO	
Alergias	SI		NO	
Celiaquía	SI		NO	
Trastorno de Alimentación (bulimia o anorexia)	SI		NO	
Sonambulismo	SI		NO	
Epilepsia	SI		NO	
Paperas	SI		NO	
Tos convulsa	SI		NO	
Sarampión Mononucleósis infecciosa	SI		NO	
Traumatismos: Fracturas, esguince, luxaciones, otros	SI		NO	
Convulsiones	SI		NO	
Operaciones	SI		NO	
Marcapasos	SI		NO	
Anafiláxis	SI		NO	
Tratamiento oncológico	SI		NO	
Condición de embarazo	SI		NO	

Tratamiento con medicamentos:	SI		NO	
Nombre del medicamento:				
Dosis:				
Frecuencia:				
Médico para llamar por urgencias (si corresponde):				

.....  
Firma de Padre o Madre o Representante Legal