



**G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S**

"2022 - Año del 40º Aniversario de la Guerra de Malvinas.

*En homenaje a los veteranos y caídos en la defensa de las Islas Malvinas y el Atlántico Sur"*

**Anexo Disposición**

**Número:** DI-2019-32847417-GCABA-DGEGP

**Referencia:** ANEXO III - DISPOSICIÓN EDUCACIÓN FÍSICA

**ANEXO III**

**MODELO Y GESTIÓN DE INSTRUMENTOS DE COMUNICACIÓN  
FICHA ANTECEDENTES DE SALUD - INGRESO AL NIVEL SECUNDARIO**

Nombre y Apellido del alumno/a		Fecha		Foto
Fecha de Nacimiento	Edad actual	DNI N°		
	años			
Médico Pediatra/de familia		Teléfono de contacto		
Cobertura Médica	Plan	Número Afiliado		

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad- **(Lugar - Dirección - Teléfono) -**

1-	
2-	
3-	

En caso de Emergencia comunicarse con - **(Apellido y nombre - vínculo - teléfonos de contacto) -**

1-	
2-	

**INFORMACIÓN GENERAL**

Grupo Sanguíneo		Factor RH		Peso Kg.		Estatura	cm.
Vacunación Completa ( incluye HPV )		<b>SI</b>		<b>NO</b>			

**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.**

**Anomalías Congénitas:** **SI**  **NO**

*Detallar:* \_\_\_\_\_

**Otras anomalías que se debieran considerar:**

*Detallar:* \_\_\_\_\_

**Alteraciones Neurológicas:**

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Detallar: \_\_\_\_\_

**Alteraciones Emocionales:**

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Detallar: \_\_\_\_\_

**Alteraciones del Aparato Cardiovascular**

*Cardiopatías congénitas o Infecciosas*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Arritmias o soplos*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Circulatoria*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Hipertensión Arterial*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Hipercolesterolemia*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Hemofílica*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Otras situaciones a considerar, detallar:* \_\_\_\_\_

**Alteraciones del Aparato Respiratorio**

*Anomalías Respiratorias*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Sinusitis*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Anginas*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Asma Bronquial*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Otras situaciones a considerar, detallar:* \_\_\_\_\_

**Alteraciones en la Estructura Abdominal**

*Hernias*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Cirugías*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Úlceras Gastroduodenal*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Otras situaciones a considerar, detallar:* \_\_\_\_\_

**Alteraciones en la Nutrición**

*Obesidad*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Alteraciones Digestivas*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Celiaquía*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Otras situaciones a considerar, detallar:* \_\_\_\_\_

**Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular**

*Fracturas*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

*Luxaciones*

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

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Esguinces	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Lesiones Ligamentosas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Lesiones Musculares o Tendinosas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Correcta organización Columna vertebral	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otras situaciones a considerar, detallar:	<hr/>			

**Ha padecido o padece en la actualidad**

Convulsiones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Alteraciones en la Piel	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Procesos Inflamatorios	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Procesos Infecciosos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Diabetes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Dengue	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Mal de Chagas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Parotiditis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Vértigos/mareos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otras situaciones a considerar, detallar:	<hr/>			

**Alergias**

Especificar y Fechar: 

---

**Agudeza visual. ¿Usa lentes?**

**Evaluación auditiva. Normal**

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

**Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:**

Cefaleas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Mareos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Vómitos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cansancio extremo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pecho	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conciencia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Otros síntomas, detallar: \_\_\_\_\_

**¿Toma alguna medicación en forma regular?**

(Motivo - Descripción - Fecha estimada inicio del tratamiento - Dosis - Administración)

**¿Ha sido internado alguna vez?**

SI

NO

¿Cuándo? ¿Porqué? \_\_\_\_\_

**¿Fue Operado en algún momento?**

SI

NO

¿Cuándo? ¿Porqué? \_\_\_\_\_

**¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?**

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 Emergencia contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

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.

Fecha

Firma progenitor

Aclaración

D.N.I.

Firma progenitor

Aclaración

D.N.I.

**CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ..... de ..... de ..... -

Certifico que DNI ..... 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 Médico Interviniente

Sello Médico Interviniente