

Esta ficha debe ser presentada hasta el lunes 10 de marzo de 2025, con el certificado odontológico adjuntado para poder realizar Educación Física.

**INSTITUTO SACRATÍSIMO CORAZÓN DE JESÚS A-447**  
**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**  
**AÑO 2025**



Sala: \_\_\_\_\_

**Nivel Inicial**

**Jornada Simple/Completa**

**Datos del alumno/a**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: F M Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos de los padres**

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Tel.Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Tel.Celular: \_\_\_\_\_

Tutor o encargado: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Tel.Celular: \_\_\_\_\_

En caso de urgencia si no se ubica a los padres, notifico que mi hijo debe ser derivado a: \_\_\_\_\_

En caso de no poder ubicar a los padres, comunicarse con: \_\_\_\_\_

Al teléfono: \_\_\_\_\_

**Cobertura médica** (Adjuntar fotocopia del carnet)

Obra Social: \_\_\_\_\_

Prepaga: \_\_\_\_\_

N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

<b>ANTECEDENTES (Marcar con una cruz donde corresponda)</b>	<b>Especificaciones</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Se encuentra padeciendo:</b>			
Procesos inflamatorios			
Procesos infecciosos			
<b>Padece enfermedades:</b>			
Metabólicas: Diabetes			
Cardiopatías congénitas			
Soplos cardíacos (si contesta sí, especifique que tipo)			
Hernias inguinales, crurales			
Alergias (si contesta sí, especifique a que)			
Respiratorias. Broncoespasmo			
Bronquitis obstructivas o asma post ejercicio			
<b>Ha padecido en fechas recientes:</b>			
Hepatitis (60 días)			
Sarampión (30 días)			
Mononucleosis infecciosa (30 días)			
Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro, muñeca (60 días)			
Alguna situación particular determinada por el médico (si contesta sí, especifique)			
Está en tratamiento con medicación permanente. (si contesta sí, especifique)			
Ha sido internado alguna vez: Si contesta sí, especifique el motivo			
¿Tiene las vacunas actualizadas?			
<b>¿ESTÁ APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA?</b>			

**ADJUNTAR CERTIFICADO DE AGUDEZA VISUAL Y CONTROL ODONTOLÓGICO**

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

Firma y sello médico: \_\_\_\_\_

Firma y aclaración del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

## **ALTAS POR ENFERMEDAD**

3.1 Para cumplir con lo dispuesto en la disposición N° 271 de la Dirección General de Gestión Privada del 18 de abril de 1994, cuando los alumnos por alguna dolencia o afección falten a clase por más de cinco días -incluyendo los días inhábiles-, sus padres deberán informar a la Dirección del Instituto la razón de las inasistencias y la dolencia que padecen sus hijos.

3.2 Cuando el alumno esté en condiciones de reincorporación, sus padres deberán solicitar al Instituto la respectiva Orden de Atención que se extenderá en los formularios provistos por SERVICIOS Y PRESTACIONES S.A. y suscriptos por la autoridad escolar. En la orden constará: nombre del establecimiento, nombre y apellido del alumno con DNI, fecha de la asistencia a clase y firma y sello escolar. Está constituida por dos partes la segunda de las cuales queda en poder del médico. SERVICIOS Y PRESTACIONES S.A. **no aceptará órdenes de aceptación que no cumplan tales exigencias.**

3.3 Unido de la orden correspondiente **los padres deberán solicitar, por vía telefónica al consultorio elegido, el turno de atención que será otorgado en el día.**

La orden de atención podrá ser presentada ante cualquiera de los médicos pediatras incluidos en la red.

3.4 Si las fechas fijadas en la orden no se correspondían con el término de cinco días previsto en el punto 3.1 el médico pediatra se abstendrá de revisar al alumno por cuenta y orden de SERVICIOS Y PRESTACIONES S.A.

3.5 El médico pediatra retendrá la segunda parte de la orden y expedirá el alta o su indicación de nuevo examen por fecha tentativa en la parte primera con destino al Instituto.

3.6 **No podrá reintegrar a clase el alumno que no cumpla con estos requisitos.**

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_