



## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD – AÑO 2022

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Tipo y N° de documento: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_  
Domicilio de los padres o responsables: \_\_\_\_\_  
En caso de URGENCIA avisar a: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Obra Social: \_\_\_\_\_ Socio N° \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### Grupo Sanguíneo:

Grupo: ..... Factor RH: .....

Vacunas

**Antitetánica:** SI - NO Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
EN CASO DE NO POSEER ANTITETÁNICA AL DÍA, APLICARLA. POR FAVOR, ADJUNTAR CERTIFICADO.

- **VACUNAS** (adjuntar fotocopia de actualizaciones cuando corresponda).

- **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIO** (Marcar con un círculo)

Asma	Epilepsia	Paperas	Tos convulsa
Bronquitis	Escarlatina	Problemas neurológicos	Varicela
Cardiopatías	Hernias	Reumatismo	
Celíaco	Meningitis	Sarampión	
Diabetes	Otitis	Sinusitis	
Otras: _____			

- ANTECEDENTES DE INTERÉS

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

Traumatismos / fracturas: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ ¿A qué?: \_\_\_\_\_

¿Cómo lo evita?: \_\_\_\_\_

¿Sufre de diabetes? \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas de coagulación? \_\_\_\_\_

- SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA:

\_\_\_\_\_

C.A.B.A...../...../2022

### APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a.....DNI.....

Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto BETANIA A-221

.....  
Firma del profesional

.....  
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otras en particular me comprometo a informar por medios fehacientes. Sin APTO FISICO no podrá ser calificado.

.....  
FIRMA del PADRE, MADRE o TUTOR

.....  
ACLARACIÓN Y DNI

<b>ALUMNOS DE SALA DE 4, 5 Y 1° GRADO DEBEN TRAER FIRMADO EL APTO OFTALMOLÓGICO</b>
---