

FICHA DE SALUD

1. DATOS PERSONALES E IDENTIFICACION DEL ALUMNO/A ó CADETE

Completar según corresponda:

Sala	Grado	AÑO
Educación Inicial	Educación Primaria	Educación Secundaria

- Apellido:
- Nombres:
- DNI: Edad:
- Dirección:
- Fecha de nacimiento://
- Lugar de nacimiento:
- Tel: Tel. alternativo:.....
- Tel. celular:.....
- Fecha de ingreso.....//
- En caso de necesidad avisar a:.....
Tel.....

2. ANTECEDENTES CLÍNICOS

a. Antecedentes familiares:

- Marque las enfermedades que hayan padecido los padres, abuelos, tíos o hermanos del alumno/cadete:

Tildar cada ítem	Si	No	Quien:	Tildar el ítem	Si	No	Quien:
Diabetes				Enfermedades de tiroides			
Reumatismo				Hipertensión Arterial			
Alergias				Asma			
Enfermedad de riñones				Enfermedades digestivas			

Tildar cada ítem	Si	No	Quien:	Tildar el ítem	Si	No	Quien:
Enfermedad de huesos				Enfermedades neurológicas			
Enfermedades Psiquiátricas				Enfermedades hereditarias			
Cáncer y/o tumores							

- Tienen buena salud ambos padres? SI/NO Causa?.....
- Ha fallecido algún hermano del niño? SI/NO Causa?.....

b. Antecedentes personales:

Tildar cada ítem	Si	No	Tildar cada ítem	Si	No	Tildar el ítem	Si	No
Diabetes			Hepatitis			Alergias		
Sarampión			Meningitis			Fractura de huesos		
Rubéola			Otitis reiterada			Desmayos		
Varicela			Anginas reiteradas			Epilepsia		
Tos convulsa			Resfríos reiterados			Convulsiones		
Escarlatina			Sinusitis			Asma/Bronco Espasmos		
Neumonía/Bronquitis			Enfermedades Articulares			Problemas urinarios		
Enfermedad Riñones			Enfermedad Cardíaca					

Observaciones:

- Grupo sanguíneo y factor:
- Alérgico analgésico? SI/NO Cuál?.....
- Alérgico antibiótico? SI/ NO Cuál?.....
- Alérgico alimentos? SI/ NO Cuál?.....
- Fue operado alguna vez? SI/NO De qué?.....
- Internaciones: SI/NO Causa?.....
- Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico? S/NO Diagnóstico:.....
- Tipo de Medicamento:.....
- Mencione algún otro dato importante de la salud de su hijo/a:.....

- Vacunas: (indicar fecha última dosis y acompañar fotocopia carnet vacunación)

Tipo vacuna	Fecha	Refuerzo	Tipo vacuna	Fecha	Refuerzo
B.C.G.	/...../.....		Triple Viral	/...../.....	
Triple (D.P.T.)	/...../.....		Hepatitis A	/...../.....	
Cuádruple (DPT+Hib)	/...../.....		Hepatitis B	/...../.....	
Doble (D.T.)	/...../.....		Meningococo B y C	/...../.....	
Antisarampionosa	/...../.....		Varicela	/...../.....	
Sabín	/...../.....		Otras	/...../.....	

3. OBRA SOCIAL Y/O PREPAGA

- Nombre:.....
- Teléfono Emergencias:..... Teléfono Atención Médica:.....
- Afiliado Nro:..... (Adjuntar fotocopia de carnet)
- Nombre del Médico de cabecera:.....
- Tel del Médico de cabecera:.....

Declaramos bajo juramento que los datos informados en la presente HISTORIA CLINICA son verídicos de acuerdo a nuestro leal saber y entender y nos comprometemos a informar al Servicio de Sanidad todo cambio en el estado de salud de mi hijo. Asimismo nos notificamos que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en los datos aportados corren bajo nuestra exclusiva responsabilidad.

Autorizo a que mi hijo sea asistido por el Servicio de Sanidad del Liceo Militar “Grl Belgrano” toda vez que sea necesario y cuando se requiera, por la Empresa de Emergencias contratada por el Instituto, como así también su traslado en caso de urgencia al centro asistencial más cercano o de mayor complejidad ☐ SI / ☐ NO

.....
Firma y aclaración del Padre

.....
Firma y aclaración de la Madre

.....
Firma y aclaración del Tutor