

**FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – ACTUALIZACIÓN**

Ref. Anexo III Disp. 2019-32847417-DGEGP y "Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas". Sociedad Argentina de Pediatría (Arch Argent Pediatr 2014;112(4):375-390 y 2021;119(5):S212-S221.)

*Fecha de confección de la ficha: / /

Nombre y Apellido:

*Año y División:

*Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO): / / Edad actual: años. DNI N°

*Domicilio: Piso: Depto.: Localidad:

*e-mail:

*Cobertura Médica: Plan: Nº de Afiliado:

*Médico Pediatra/de adolescentes/de familia:

Tel. de contacto (opcional): e-mail (opcional):

*Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

1. Lugar: Dirección: Tel.:

2. Lugar: Dirección: Tel.:

*En caso de Emergencia comunicarse con:

1. Apellido y nombre: Vínculo: Tel. contacto:

2. Apellido y nombre: Vínculo: Tel. contacto:

ACTUALIZACIÓN EN SALUD

*¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad incluyendo

Infección por Sars-Cov 2 /Covid-19? SI NO

Detallar:

*¿Ha sido Internado o sufrido lesiones de consideración en el último año? SI NO

Detallar:

*En el último año, ¿ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO

Detallar:

*¿Toma alguna medicación? SI NO

(Motivo – Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración) _____

*¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO

Detallar:

*¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI NO

Desde (fecha): / /

Motivo: _____

*¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? SI NO

Detallar: _____

*¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar? SI NO

Especificar: _____

**A completar únicamente por el médico pediatra/de adolescentes/de familia:**

*Peso (kg): _____ Talla (cm): _____ F.C.: _____ T.A.: _____ IMC: _____

*Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH: _____

Firma y aclaración padre/madre/responsable legal:

Firma y aclaración adolescente

DNI: _____

(13 a 18 años): _____

Fecha: _____

DNI: _____

CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

Dejo constancia que DNI de años de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de concurrir a clases, participar de actividades escolares en viajes, salidas de estudio y recreativas, como también realizar actividades físicas y deportivas, curriculares o extra curriculares, acordes a su edad, sexo, estadio madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.

*Vacunación Completa para la edad: SI / EN CURSO

*Vacunación anti Sars-Cov 2 (COVID-19): dosis **(adjuntar certificado de vacunación)**

(marcar lo que corresponda)

Observaciones:

_____/_____/_____
Fecha

Firma y sello del médico interviniente