



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:

DNI:

Fecha:

Firma y aclaración adolescente

(13 a 18 años):

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