



FICHA DE SALUD SECCIÓN JARDÍN-EP-ES

Año Lectivo 2019

Nombre del alumno: _____

Edad: _____ **Año / Sala:** _____ **Turno:** _____

I- Datos a completar por los Padres

1- Antecedentes familiares (Indicar con una cruz los casos registrados en su familia)

Intervenciones cardiovasculares

Tumores

Alergias

Metabólicas y Diabetes

Enfermedades Mentales

Observaciones (Indicar parentesco de familiar que padeció alguna de estas afecciones)

2- Antecedentes personales (Indicar con una cruz las afecciones sufridas por su hijo/a)

Perinatales

Infecciones agudas

Internaciones e intervenciones quirúrgicas

Accidentes o Intoxicaciones

Tratamientos

Observaciones (indicar el tipo de afección y/o causa)

3- Enumere las enfermedades que el/la alumno/a ha tenido _____

4- Indique si el alumno toma alguna medicación en forma regular y la causa

5- Área Psicopedagógica/Psicológica



Jardín de Infantes – EP - SE – Universidad

24 de Octubre 569. Ituzaingó.

Tel: 4661-6985 / 4624-4897

Web: www.estrada.vaneduc.edu.ar

E-mail: <mailto:estrada@vaneduc.edu.ar>

¿Su hijo ha sido sometido a algún tratamiento?

Psicológico O

Psiquiátrico O

Psicopedagógico O

Detalle brevemente las causas que motivan la derivación al profesional: _____

Estado actual: _____

(Si aún sigue en tratamiento adosar informe profesional donde indique apto psicológico/psicopedagógico del alumno para su escolaridad y diagnóstico actual del alumno).

II - Datos a completar por Médico

1- Examen físico

Apto Cardiovascular: _____

Apto respiratorio: _____

Apto digestivo _____

Evaluación Ortopédica _____

Evaluación Dermatológica _____

Observaciones: _____

2- ¿Desea realizar actividad física restringida? Si contesta afirmativamente ¿Cuál es la causa? _____

3- Estado Actual

Peso: _____

Talla: _____

Estado nutricional: _____

EL ALUMNO ESTÁ APTO PARA REALIZAR ATIVIDADES FÍSICAS.

Firma de la Madre

Aclaración

Firma del Padre

Aclaración

Firma del Médico y N° de registro

Aclaración

Firma del Docente

Aclaración