



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

12 JUN 2017

1000

ANEXO II

-8-

Expediente N° 3401-D-2016-02369

...///

6. MODELO DE FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

FICHA ANUAL DE SALUD - AÑO: 20....

APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

DNI N°: FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO CELULAR:

OBRA SOCIAL: AFILIADO N°:

NOMBRE del PADRE:, DNI N°.....

TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:

NOMBRE DE LA MADRE:, DNI N°:.....

TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:

RESPONSABLE LEGAL DEL ESTUDIANTE:, DNI N°:.....

TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:

Los abajo firmantes asumen la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Quedan notificados que, en caso de emergencia, el estudiante será trasladado al hospital, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además, se comprometen a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems deberán presentar con la Ficha el Certificado Médico en que se indique diagnóstico, en aquellos casos en que el estudiante "Sí" presenta algunas de las situaciones descriptas en la ficha, con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares.

En Modalidad Educación Especial es obligatorio que la ficha médica se complete por el Profesional Médico de cabecera del estudiante y suscriba con firma y sello la misma.

La Dirección General de Escuelas sugiere a lo/s Padre/s, Madre/s o Responsable legal de los estudiantes, el control médico anual de los mismos.

me

///...



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

12 JUN 2017

— 1000

ANEXO II

-9-

Expediente N° 3401-D-2016-02369

...///

Antecedentes generales y condiciones de salud	Marcar con una cruz en el espacio libre			
Procesos Inflamatorios	SÍ		NO	
Diabetes	SÍ		NO	
Afección cardiaca	SÍ		NO	
Asma	SÍ		NO	
Enfermedades del Sistema nervioso	SÍ		NO	
Alergias	SÍ		NO	
Celiaquía	SÍ		NO	
Trastornos de alimentación (Bulimia/Anorexia)	SÍ		NO	
Sonambulismo	SÍ		NO	
Epilepsia	SÍ		NO	
Paperas	SÍ		NO	
Tos convulsa	SÍ		NO	
Hepatitis	SÍ		NO	
Sarampión	SÍ		NO	
Mononucleosis infecciosa	SÍ		NO	
Traumatismos: Fracturas, esguinces, luxaciones, otros.	SÍ		NO	
Convulsiones	SÍ		NO	
Operaciones	SÍ		NO	
Prótesis	SÍ		NO	
Marcapasos	SÍ		NO	
Anafilaxis	SÍ		NO	
Tratamiento oncológico	SÍ		NO	

Condición de Embarazo	SÍ		NO	
Tratamiento con medicamentos:	SÍ		NO	
Nombre del medicamento:				
Dosis:				
Frecuencia:				
Médico para llamar por urgencias (si corresponde):				

.....
Firma de Padre o Madre o Responsable Legal

///...

me



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

12 JUN 2017

1000

ANEXO II
-10-

Expediente N° 3401-D-2016-02369

...///

Información adicional para Alumnos de Educación Especial:	Marcar con una cruz en el espacio libre		
Enfermedades congénitas	SÍ		NO
Lesiones musculares	SÍ		NO
Fiebre reumática	SÍ		NO
Artritis Artrosis	SÍ		NO
Enfermedades respiratorias	SÍ		NO
Enfermedades articulares	SÍ		NO
Sinusitis – otitis	SÍ		NO
Enfermedades digestivas	SÍ		NO
Enfermedades renales	SÍ		NO
Enfermedades urinarias	SÍ		NO
Enfermedades genitales	SÍ		NO
Enfermedades neurológicas	SÍ		NO
Dolores de Cabeza- mareos	SÍ		NO
Enfermedades psiquiátricas	SÍ		NO
Enfermedades hematológicas	SÍ		NO
Enfermedades linfáticas	SÍ		NO
Enfermedades oculares	SÍ		NO
Enfermedades dermatológicas	SÍ		NO
Enfermedades auditivas	SÍ		NO
Infecciones crónicas	SÍ		NO
Hipertensión arterial	SÍ		NO
ENFERMEDADES PADECIDAS EN FECHA RECIENTE	SÍ		NO
Mononucleosis infecciosa	SÍ		NO
Otras enfermedades:	SÍ		NO
	SÍ		NO
	SÍ		NO
	SÍ		NO
Tratamiento con medicamentos:	SÍ		NO
Nombre del/los medicamento/s:			
Dosis:			
Frecuencia:			
Firma del Médico:			
Teléfono de Contacto:			

(La firma del médico es solamente para alumnos de escuelas de Educación Especial)

OTROS DATOS O RECOMENDACIONES QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS:

.....
.....
.....

.....
Firma de Padre o Madre o Responsable Legal

Fecha de
Recepción:

Firma del
Directivo

///...

me