



**INSTITUTO SANTA MARÍA DE LUJÁN A-495**  
**Incorporado a la Enseñanza Oficial**  
**Nivel Secundario**

**3 de febrero 760 – 1426 Ciudad Autónoma de Buenos Aires – TE: 4773-4125/0701**  
**secundaria@isml.edu.ar**

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_  
 Año: \_\_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio (indicar piso y dpto.): \_\_\_\_\_  
 Teléfonos para emergencias: \_\_\_\_\_  
 Obra social: \_\_\_\_\_ afiliado N°: \_\_\_\_\_

| ANTECEDENTES   | ESPECIFICACIONES | SI | NO |
|--|------------------|----|----|
| SE ENCUENTRA PADECIENDO:   |                  | ** | ** |
| Procesos inflamatorios   |                  |    |    |
| Procesos infecciosos   |                  |    |    |
| PADECE ENFERMEDADES:   |                  | ** | ** |
| Metabólicas: Diabetes  |                  |    |    |
| Cardiopatías congénitas  |                  |    |    |
| Cardiopatías infecciosas   |                  |    |    |
| Hernias inguinales, crurales   |                  |    |    |
| Alergias (si contesta sí, especifique a que)   |                  |    |    |
| ¿Alguna situación particular determinada por el médico? (si contesta sí, especifique).<br>_____<br>_____ |                  |    |    |
| HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE:   |                  | ** | ** |
| Hepatitis (últimos 60 días)  |                  |    |    |
| Parotiditis (últimos 30 días)  |                  |    |    |
| Sarampión (últimos 30 días)  |                  |    |    |
| Mononucleosis infecciosa (últimos 30 días)   |                  |    |    |
| Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)   |                  |    |    |
| ¿Toma alguna medicación en forma permanente? ¿Cuál? _____<br>_____                                       |                  |    |    |
| Grupo Sanguíneo: _____   |                  | ** | ** |
| <b>¿Está APTO para realizar EDUCACIÓN FÍSICA?</b>  |                  |    |    |

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA DEL MEDICO: .....SELLO:.....

En cumplimiento de la reglamentación vigente, toda derivación dispuesta por el servicio de emergencia se hará a un hospital público, excepto que la situación permita localizar a los padres y éstos retiren al alumno y lo trasladen al centro médico de su preferencia y bajo su exclusiva responsabilidad.  
 Recuerde que el Colegio no puede brindar medicamentos de ningún tipo a los alumnos.

.....  
 Firma de la Madre/Padre o tutor

.....  
 Aclaración