



INSTITUTO SANTA MARÍA DE LUJÁN A-495
INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL NIVEL INICIAL – PRIMARIA – SECUNDARIA
3 de Febrero 760 – 1426 C.A.B.A. – TE: 4773-4125
E-mail: rectoria@isml.edu.ar / E-mail: secundaria@isml.edu.ar

Buenos Aires, 4 de marzo de 2024

Señores Padres:

En cumplimiento de disposiciones de la D.G.E.G.P. los alumnos del ciclo secundario deberán presentar la PLANILLA DE SALUD.

La presentación de dicha documentación es de carácter obligatorio y deberá ser completada y firmada por los progenitores, tutores, encargados o responsables del alumno (las 4 primeras hojas) y, la última, firmada por el médico tratante.

La no presentación de la misma determina que el alumno no podrá participar activamente en las clases prácticas de la asignatura, lo que no exime su obligación de concurrir a clase, durante la primera semana. A partir de allí, le corresponderá ausente, en el caso de no estar presentada.

La fecha límite de presentación es el 22 de marzo de 2024.

Las clases de Educación Física comenzarán el 19 de marzo. Oportunamente se comunicarán los días y horarios.

Los saluda atentamente.

Prof. A. Guillermina Sánchez Rozada
Rectora



INSTITUTO SANTA MARÍA DE LUJÁN A-495
INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL NIVEL
INICIAL – PRIMARIA – SECUNDARIA
3 de Febrero 760 – 1426 C.A.B.A. – TE: 4773-4125
E-mail: rectoria@isml.edu.ar / E-mail: secundaria@isml.edu.ar
FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD NIVEL SECUNDARIO

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Edad actual: ____ D.N.I. Nº: _____

Año: ____ División: _____

Médico Pediatra de Familia: _____ Teléfono de contacto: _____

Cobertura Médica: _____ Plan: _____ Nº afiliado: _____

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

Indicar: *Lugar – Dirección – Teléfono*

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

En caso de emergencia comunicarse con:

Indicar: *Apellido y nombre, vínculo y teléfonos de contacto*

- 1) _____
- 2) _____

INFORMACIÓN GENERAL

Grupo sanguíneo: _____ Factor : RH _____ Peso: _____ KG. Estatura: _____ cm.

Vacunación Completa (incluye HPV) SI NO

Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

ANOMALÍAS CONGÉNITAS	SI	NO
DETALLAR:		
OTRAS ANOMALÍAS QUE SE DEBIERAN CONSIDERAR		
DETALLAR:		
ALTERACIONES NEUROLÓGICAS	SI	NO
DETALLAR:		

ALTERACIONES EMOCIONALES	SI	NO
DETALLAR:		
ALTERACIONES EN EL APARATO CARDIOVASCULAR		
CARDIPATÍAS CONGÉNITAS O INFECCIOSAS	SI	NO
ARRITMIAS O SOPLOS	SI	NO
CIRCULATORIA	SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	NO
HIPERCOLESTEROLEMIA	SI	NO
HEMOFÍLICA	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
ALTERACIONES EN EL APARATO RESPIRATORIO		
ANOMALÍAS RESPIRATORIAS	SI	NO
SINUSITIS	SI	NO
ANGINAS	SI	NO
ASMA BRONQUIAL	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA ABDOMINAL		
HERNIAS	SI	NO
CIRUGÍAS	SI	NO
ULCERAS GASTRODUODENAL	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
ALTERACIONES EN LA NUTRICIÓN		
OBESIDAD	SI	NO
ALTERACIONES DIGESTIVAS	SI	NO
CELIAQUÍA	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA MUSCULAR Y OSTEOARTICULAR		
FRACTURAS	SI	NO
LUXACIONES	SI	NO
ESGUINCES	SI	NO
LESIONES LIGAMENTOSAS	SI	NO
LESIONES MUSCULARES O TENDINOSAS	SI	NO
CORRECTA ORGANIZACIÓN COLUMNA VERTEBRAL	SI	NO

OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
HA PADECIDO O PADECE EN LA ACTUALIDAD		
CONVULSIONES	SI	NO
ALTERACIONES EN LA PIEL	SI	NO
PROCESOS INFLAMATORIOS	SI	NO
PROCESOS INFECCIOSOS	SI	NO
DIABETES	SI	NO
DENGUE	SI	NO
FIEBRE REUMÁTICA	SI	NO
HEPATITIS	SI	NO
MAL DE CHAGAS	SI	NO
PAROTIDITIS	SI	NO
TUBERCULOSIS	SI	NO
VÉRTIGOS/MAREOS	SI	NO
OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR, DETALLAR:		
ALERGIAS:		
ESPECIFICAR Y FECHAR:		
AGUDEZA VISUAL. ¿USA LENTES?	SI	NO
EVALUACIÓN AUDITIVA. NORMAL	SI	NO
DURANTE O INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA HA PADECIDO ALGUNA VEZ:		
CEFALEAS	SI	NO
MAREOS	SI	NO
VÓMITOS	SI	NO
CANSANCIO EXTREMO	SI	NO
DOLOR EN EL PECHO	SI	NO
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	SI	NO
PÉRDIDA DE CONCIENCIA	SI	NO
OTROS SÍNTOMAS, DETALLAR:		

¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN EN FORMA REGULAR?	SI	NO
INDICAR MOTIVO – DESCRIPCIÓN – FECHA ESTIMADA INICIO DEL TRATAMIENTO – DOSIS – ADMINSTRACIÓN:		
¿HA SIDO INTERNADO ALGUNA VEZ?	SI	NO
INDICAR: ¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?		
¿FUE OPERADO EN ALGÚN MOMENTO?	SI	NO
INDICAR: ¿CUANDO? ¿POR QUÉ?		
¿EN LA ACTUALIDAD, EXISTE ALGUNA OTRA SITUACIÓN VINCULADA CON LA SALUD DEL ALUMNO QUE CORRESPONDA INFORMAR?		
ESPECIFICAR:		

OBSERVACIONES:

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.

Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y /o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

.....
Firma de la Madre

.....
Aclaración

DNI N°:

.....
Firma de la Padre

.....
Aclaración

DNI N°:

Fecha: ____ / ____ / ____



INSTITUTO SANTA MARÍA DE LUJÁN A-495
INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
NIVEL INICIAL – PRIMARIA – SECUNDARIA
3 de Febrero 760 – 1426 C.A.B.A. – TE: 4773-4125/0701
E-mail: rectoria@isml.edu.ar / E-mail: secundaria@isml.edu.ar

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de de 2024

Certifico que D.N.I. N°..... de años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

.....
Firma y sello del Médico Interviniente

Opcional:
Indicar Dirección de Correo Electrónico – Teléfono de Contacto

.....