



Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo:

Dirección:

Curso: Obra Social:

Padre: Tel.:

Madre: Tel.:

Tutor: Tel.:

*Foto
actualizada*

HISTORIA CLÍNICA

(Tache lo que no corresponda)

ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA					
Sarampión	SI	NO	Sinusitis	SI	NO
Paperas	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Tos convulsa	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Varicela	SI	NO	Otras	SI	NO
Escarlatina	SI	NO	¿Cuáles?		
Rubeola	SI	NO			
Hernias	SI	NO			
ENFERMEDADES QUE PADECE O ES PROPENSO					
Asma	SI	NO	Epilepsia	SI	NO
Bronquitis	SI	NO	Desmayos	SI	NO
Afecciones del oído	SI	NO	Cardíacas	SI	NO
Afecciones de la nariz	SI	NO	Problemas de Presión		
Afecciones de los ojos	SI	NO	Claustrofobia	SI	NO
Anteojos recetados	SI	NO	Otras	SI	NO
Lentes de contacto	SI	NO	¿Cuáles?		
Resfríos	SI	NO			
Sonambulismo	SI	NO			
VACUNAS O SUEROS RECIBIDOS					
Antitetánica	SI	NO	Triple Viral	SI	NO
Hepatitis A	SI	NO	Otras		
Hepatitis B	SI	NO			
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS					
Apendicitis	SI	NO	Otras		
Amigdalitis	SI	NO			
Hernia	SI	NO			
ALERGIAS					
A comidas	SI	NO	A picaduras	SI	NO
¿Cuales?			¿Cuales?		
A medicinas	SI	NO	Otras		
¿Cuales?					
MEDICACIÓN					
¿Está tomando medicinas?	SI	NO	¿Sigue algún tratamiento?	SI	NO
¿Cuáles?			¿Cuál?		
Dosis			GRUPO SANGUÍNEO:		

EXAMEN MÉDICO

Certifico que el/la alumno/a DNI N°,
goza de buena salud, no padece ninguna enfermedad y está capacitado física y mentalmente para participar de las actividades escolares.

Fecha: / /

.....
Firma del Médico

Sello

.....
Firma padre / madre / tutor