



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			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procesos Inflamatorios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afección cardiaca	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del Sistema nervioso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiaquía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de alimentación (Bulimia/Anorexia)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonambulismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos convulsa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mononucleosis infecciosa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismos: Fracturas, esguinces, luxaciones, otros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótesis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anafilaxis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento oncológico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condición de Embarazo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento con medicamentos:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: .....			
<b>Firma del Médico:</b> .....			
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*