



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES  
 Ministerio de Educación  
 Subsecretaría de Coordinación Pedagógica y Equidad Educativa  
 Dirección General de Escuelas Abiertas - Gerencia Operativa de Recorridos Educativos  
 Campamentos Escolares

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**

ESCUELA: ..... D.E. .... JORNADA .....

GRADO/AÑO.....SECCION.....

DIVISION.....TURNO.....

**DATOS DEL ALUMNO:**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ALUMNO: .....
FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD: ..... DNI/PAS: .....
DOMICILIO:.....LOCALIDAD.....
APELLIDO Y NOMBRES DEL ADULTO RESPONSABLE .....
VÍNCULO..... CELULAR..... TEL.....
PERTENECIENTE A ..... VÍNCULO.....

POSEE COBERTURA MÉDICA: SI - NO

OBRA SOCIAL: Cuál: ..... N° AFILIADO .....

PREPAGA: Cuál: .. N° AFILIADO .....

POSEE LIBRETA OFICIAL DE SALUD ESCOLAR: SI - NO (tache lo que no corresponda)

ULTIMA FECHA DE ACTUALIZACION DE LIBRETA OFICIAL DE SALUD  
 ESCOLAR: ...../...../.....

GRUPO SANGUINEO: .....

PLAN DE VACUNACION COMPLETO PARA LA EDAD: SI - NO (tache lo que no corresponda)

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**

ANTECEDENTES DE SALUD:	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>1) ¿PADECE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?</b>			
Diabetes			
Enfermedad cardiaca			
Hernia			
Alergias (a qué y cómo la trata)			
Convulsiones			
Asma			
Sinusitis, adenoiditis, otitis (a repetición)			
Otra (Cuál)			
<b>2) OPERACIONES (aclarar mes y año)</b>			
De apendicitis			
Otras (Cuales)			

EN LOS ULTIMOS 2 MESES, ¿TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?			
Hepatitis			
Sarampión			
Paperas			
Mononucleosis infecciosa			
Tuberculosis			
Fracturas, esguinces o luxaciones, (aclare de qué)			
<b>4) ¿MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA</b>			
Auditivo ¿Cuál?			
Visual ¿Cuál?			
Con algún tipo de alimento ¿Cuál?			
El sueño o el dormir ¿Cuál?			
Cuando viaja en algún medio de transporte ¿Cuál?			
Con la práctica de deportes? ¿Cuál?			
Para retener la orina			
De desviación de columna			
De pérdida de conciencia			
Desmayos por golpe de calor			
<b>5) ¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?</b>	<b>Por indicación médica</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Desde cuándo?:			
Motivo / Diagnóstico:			
Medicamentos / Dosificación:			

¿Posee algún familiar directo fallecido antes de los 45 años por falla cardíaca súbita?			
---	--	--	--

Alguna otra información y/o sugerencia que considere importante para el conocimiento del médico y del equipo docente:

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

.....  
 Firma del Adulto Responsable

.....  
 Aclaración

DNI.....

Fecha: .....



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES  
Ministerio de Educación  
Subsecretaría de Coordinación Pedagógica y Equidad Educativa  
Dirección General de Escuelas Abiertas - Gerencia Operativa de Recorridos Educativos  
Campamentos Escolares

## FORMULARIO DE AUTORIZACION

Ciudad Autónoma de Bs. As. .... de ..... de 2018

Autorizo a mi hijo/a.....de.....años  
de edad; C.I.( ) D.N.I. ( ) N°....., que cursa el.....grado/año,  
..... sección / división a concurrir al campamento de la Escuela N°.....D.E ...grado /  
año.....a realizarse desde el.....hasta el .....del mes de.....2018.

Lugar de ejecución: (Tache lo que no corresponda)

- A. Ex Parque de la Ciudad de la Ciudad, sito en Av. Cruz 4000 C.A.B.A.
- B. Parque Indoamericano, sito en Av. Escalada y J.P:T Batlle y Ordoñez

Horario:

- Salida de Jornada Completa: de..... a.....
- Campamento Corto: desde las.....hs. del día..... hasta las.....hs. del día.....

FIRMA: PADRE( ) MADRE( ) RESPONSABLE( ) .....

(Coloque una cruz donde corresponda)

ACLARACION: .....

**Datos del Firmante:**

D.N.I.( ) C.I.( ) L.E.( ) N° .....

DOMICILIO: .....N°..... Piso.....Dpto:.....

LOCALIDAD..... TEL. PARTICULAR:.....

TEL. ALTERNATIVO: .....