

INFORMACIÓN DE SALUD

Nombres y apellidos completo del alumno: Curso:..... División:.....

Obra Social:

N° Afiliado:

DNI:

Fecha de nacimiento:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

Sí NO ¿Cuál?: Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

Sí NO ¿Por qué?:

¿PADECE O HA PADECIDO ALGÚN TIPO DE ALERGIA GRAVE?

Sí NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

Se encuentra bajo tratamiento

La alergia se debe a (Marcar con X lo que corresponda):

			Requirió internación	
	SI	NO	SI	NO
Medicamentos				
vacunas				
Alimentos				
Picaduras de Insectos				
Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc.)				
Otra (mencionar)				
Otra (mencionar)				

TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico? Sí NO

Especifique:

..... Quirúrgicos: Sí NO Edad:.....

Tipo de cirugía:

¿Presenta alguna limitación física? Sí NO

Aclaración:

Otros problemas de salud:

Deberá ser completado por el pediatra o clínico de cabecera o un cardiólogo, a partir de los 12 años o si cumplieran los mismos durante el ciclo lectivo.

VACUNAS OBLIGATORIAS

Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N°2, de acuerdo a su cumplimiento.

En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica. COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS*

DETERMINACIÓN DE: Talla (en centímetros): Peso kgrs. Fecha de la determinación:/...../.....

A. Antecedentes familiares (según datos declarados al médico)

	Marcar con X lo que corresponda	
	SI	NO
Muerte súbita		
Muertes tempranas (menores de 40 años sin causa aparente)		
Cardiopatías congénitas		
Hipertensión arterial esencial		
Diabetes		
Tos Crónica		
Celiaquía		
Otra (mencionar)		
Otra (mencionar)		
Otra (mencionar)		

B. Antecedentes personales

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud?

Asma / Broncoespasmos a repetición		
Celiaquía		
Problemas/ Condiciones cardíacas		
Diabetes		
Convulsiones		
Alteraciones sanguíneas		
Quemaduras moderadas o severas		
Falta o no funcionamiento de algún órgano		
Enfermedad oncohematológica		
Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas		
otro problema en los huesos articuciones		
Traumatismo de cráneo que haya querido observación por guardia o internación		
Problemas de piel		
Soplos		
Hipertensión arterial		
Síncope o pre-síncope		
Alteraciones clínicas (auscultatorias o por pulsos) del ritmo o frecuencia cardíacas		

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

Desmayos		
Dolor fuerte en el pecho		
Mareos		
Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física		

¿Tuvo alguna internación? (En caso afirmativo, completar la última fila)

Internación en sala común		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos		
¿Cuántas veces? Indique la/s causa/s o diagnóstico/s		

¿Tiene disminución auditiva?		
En caso afirmativo: ¿Usa audífonos?		
¿Tiene disminución visual?		
En caso afirmativo: ¿Usa lentes?		
¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? En caso afirmativo, ¿cuál?		
¿Tuvo alguna operación? En caso afirmativo ¿por qué motivo? ¿en qué año?		

C. Estudios complementarios

	Resultado (marcar con X lo que corresponda)	
	Normal	Patológico
Electrocardiograma – Sugerido para 1er. año ES – quedando a consideración del médico de cabecera		
Ecocardiograma – Los alumnos 4to año ES - Obligatorio		
Prueba ergonómica graduada – A partir de 4º E.S. - Obligatorio		

D. A completar por el médico (Obligatorio)

	Marcar con X lo que corresponda	
	SI	NO
Se encuentra <u>APTO</u> para desarrollar la actividad de Educación Física y/o Deportes en equipos de competición.		

	Marcar con X lo que corresponda	
	SI	NO
Debe repetir los estudios al inicio del ciclo lectivo		

Sres. padres es conveniente solicitar los turnos para realizar estos exámenes clínicos con la debida anticipación, de tal manera que puedan contar con el apto correspondiente al inicio de las clases.

De no realizar los estudios pedidos se deberá adjuntar un certificado médico válido que avale la realización de actividades físicas tanto programáticas como competitivas. Dicha condición es válida en ausencia de los estudios complementarios solicitados por la institución

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA

Recurrir a: Institución:
 Domicilio: Teléfono:.....

Médico: Apellido/s: Nombre/s:
 Domicilio: Teléfono:.....

Familiar: Apellido/s: Nombre/s:
 Domicilio: Teléfono:.....

ACTUALIZACIONES

Fecha:/...../..... Anual Sí NO ¿Hay cambios? Sí NO

Describa los cambios de salud del alumno:

Los que suscriben (**padre, madre o tutor. nombres y apellidos completos y nro. de documento de identidad**) ,toman conocimiento y autorizan que su hijo/a realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes. Esta autorización alcanza también a las actividades extraprogramáticas, entrenamientos de equipos representativos y las competencias intercolegiales a las que el/la alumno/a sea convocado para representar al colegio.
 La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.
 El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción:/...../.....
 Lugar y fecha:
 Observaciones:

.....
Firma del padre

.....
Firma de la madre

.....
Firma del tutor/a

.....
Firma del Médico
Sello N° de matrícula

.....
Aclaración

.....
Aclaración

.....
Aclaración

.....
Aclaración

Vor- und Nachnamen des Schülers:	Jahr:.....	Abteilung:.....
----------------------------------------	------------	-----------------

Krankenkasse:.....	Mitgliedsnr.:.....
DNI:	Geburtsdatum:

KRANKENGESCHICHTE

Hat er/sie eine Krankheit, die regelmäßig ärztliche Behandlung oder Kontrolle erfordert?

 JA NEIN Welche?:

Wurde er/sie in den letzten drei Jahren stationär behandelt?

 JA NEIN Weshalb?:

LEIDET ER/SIE UNTER ALLERGIEN?
 JA NEIN

Falls ja, beschreiben Sie die Erscheinungsformen:

Ist er/sie unter ständiger Behandlung:

Die Allergie ist gegen (Zutreffendes mit X ankreuzen):

			War ein Krankenhausaufenthalt erforderlich?	
	JA	NEIN	JA	NEIN
Medikamente				
Impfungen				
Lebensmittel				
Insektenstiche				
Saisonal (Pollen, Milben, Staub, etc.)				
Andere (bitte angeben)				
Andere (bitte angeben)				

BEHANDLUNGEN

 Ist er/sie unter ärztlicher Behandlung? JA NEIN

Falls ja, welche?:.....

 Chirurgisch: JA NEIN Alter:

Art der Chirurgie:.....

 Weist er/sie körperliche Behinderungen auf? JA NEIN

Erklärung:

Andere Gesundheitsprobleme:

Vom Kinderarzt oder Internisten oder Kardiologen, nach dem 12. Lebensjahr auszufüllen oder wenn das Kind während des Schuljahrs 12 Jahr alt wird.

PLICHTIMPFUNGEN

Erfüllt gemäß Impfungskalender und Gesundheitsleitfaden Nr. 2.

*Falls unvollständig oder ohne Daten ist ein Arzt zu konsultieren.

 KOMPLETT NICHT KOMPLETT* OHNE ANGABEN*

FESTSTELLUNG VON: Höhe (in Zentimetern): Gewicht Kg. Feststellungsdatum:/...../.....

A. Familiäre Vorgeschichte (gemäß dem Arzt genannte Daten)

	Zutreffendes mit X ankreuzen	
	JA	NEIN
Plötzlicher Tod		
Früher Tod (jünger als 40 Jahre ohne sichtbare Ursache)		
Angeborene Kardiopathien		
Essenzieller Bluthochdruck		
Diabetes		
Chronischer Husten		
Zöliakie		
Weitere (erwähnen)		
Weitere (erwähnen)		
Weitere (erwähnen)		

VOM ARZT AUSGEFÜLLT

B. Persönliche Vorgeschichte

Asthma / Wiederholte Bronchospasmen		
Zöliakie		
Herzprobleme / Herzkrankheiten		
Diabetes		
Krämpfe / Anfälle		
Blutstörungen		
Mäßige oder schwere Verbrennungen		
Fehlendes oder nicht funktionierendes Organ		
Onkohämatologische Erkrankung		
Immundefekte (geschwächtes Immunsystem) durch Krankheit oder Medikamente		
Vorherige Frakturen, Luxationen, Bänderverletzungen		
Andere Probleme mit Knochen oder Gelenken		
Schädeltrauma, das eine Beobachtung in der Notaufnahme oder einen Krankenhausaufenthalt erforderte		
Hautprobleme		
Herzgeräusche		
Arterieller Hochdruck		
Synkope oder Vor-Synkope		
Klinische Veränderungen (durch Abhören oder im Puls) des Herzrhythmus oder -frequenz		

Im Zusammenhang mit sportlicher Betätigung (während oder danach) haben Sie jemals gelitten an:

Ohnmachtsanfälle		
Starke Brustschmerzen		
Schwindel		
Größere Erschöpfung als seine/ihre Mitschüler oder Teamkollegen		
Herzrasen / Unregelmäßiger Herzschlag		
Atembeschwerden während oder nach körperlicher Aktivität		

Hatte er/sie einen Krankenhausaufenthalt? (Falls ja, bitte die letzte Zeile ausfüllen)

Krankenhausaufenthalt in einer normalen Station		
Krankenhausaufenthalt in einer Intermediate-/Intensivstation		
Wie oft? Bitte geben Sie die Ursache(n) oder Diagnose(n) an		

Hat er/sie eine Hörminderung?		
Falls ja: Trägt er/sie Hörgeräte?		
Hat er/sie eine Sehschwäche?		
Falls ja: Trägt er/sie Brillen?		
Erhält er/sie regelmäßig irgendwelche Medikamente? Falls ja, welche?		
Hatte er/sie eine Operation? Falls ja, aus welchem Grund? In welchem Jahr?		

C. Zusatzuntersuchungen

	Befund (Zutreffendes mit X ankreuzen)	
	Normal	Pathologisch
Elektrokardiogramm – Im 1. Jahr Sekundarschule empfohlen – nach Meinung des behandelnden Arztes		
Elektrokardiogramm – bei Schülern des 4. Jahres Sekundarstufe – Pflicht		
Abgestufte ergonometrischer Test		

D. Vom Arzt auszufüllen (Pflicht)

	Zutreffendes mit X ankreuzen	
	JA	NEIN
Ist <u>GEEIGNET</u> , sportliche Aktivitäten durchzuführen oder an Wettbewerben teilzunehmen		
	Zutreffendes mit X ankreuzen	
	JA	NEIN
Hat Untersuchungen am Anfang des Schuljahrs zu wiederholen		

Geehrte Eltern! Es ist vorteilhaft, die Termine für die klinischen Untersuchungen im Voraus zu beantragen, so dass die betreffende Zulassung am Anfang des Schuljahrs verfügbar ist.

Werden die geforderten Untersuchungen nicht durchgeführt, ist ein gültiges ärztezeugnis hinzuzufügen, das die Durchführung von programmatischen Sportaktivitäten und bei Wettbewerben genehmigt. Diese Voraussetzung ist mangels der von der Institution geforderten Zusatzuntersuchungen gültig.

SOLLTE DER SCHÜLER EIN GESUNDHEITSPROBLEM IN DER SCHULE HABEN

Benachrichtigen: Institution:

Anschrift: Telefon:

Arzt: Nachnamen/n: Name/n:

Anschrift: Telefon:

Verwandter: Nachname/n: Name/n:

Anschrift: Telefon:

AKTUALISIERUNGEN

Datum:/...../..... Jährlich JA NEIN Veränderungen? JA NEIN

Beschreiben Sie die Gesundheitsveränderungen des Schülers:

.....

Die Unterzeichneten (**Vater, Mutter oder Vormund; vollständige Vor- und Nachnamen und Personalausweis Nr.**), nehmen zur Kenntnis und genehmigen, dass ihr Kind sportliche Aktivitäten mit kardiovaskulärer Anstrengung seinem Alter und Geschlecht entsprechend, nach den geltenden curricularen Richtlinien ausübt. Die Genehmigung erstreckt sich auch auf die nicht programmatischen Aktivitäten, auf das Training der Schulteams und die Wettbewerbe und Wettkämpfe an denen der Schüler / die Schülerin in Vertretung der Schule teilnimmt. Alle Daten und Informationen durch den Unterzeichneten gelten als eidesstattliche Erklärung. Der Unterzeichnete verpflichtet sich der Schule jegliche Veränderung der Daten umgehend und glaubwürdig mitzuteilen.

Einschreibungsdatum:/...../.....

Ort und Datum:

Bemerkungen:

*Unterschrift
des Vaters*

Unterschrift der Mutter

*Unterschrift des
Vormunds*

*Unterschrift des
Arztes Stempel,
Matrikelnr.*

Klartext

Klartext

Klartext

Klartext