



EJÉRCITO ARGENTINO
Dirección de Enseñanza Básica del Ejército

Liceo Militar "General San Martín"
Servicio de Sanidad

FICHA DE SALUD ANUAL (NI - EDUC. PRIMARIA)

AÑO Y DIV

INFORMACIÓN ANUAL DE SALUD			
DATOS DEL ALUMNO		FECHA:	
NOMBRE Y APELLIDO:			
DIRECCIÓN:		TEL:	
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD			
Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?			
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Cuál?			
Durante los últimos tres años fue internado alguna vez? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
Porqué?			
TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:			
La alergia se debe a:			
Recibe tratamiento permanente? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
TRATAMIENTOS			
Recibe tratamiento médico? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Especifique:			
Quirúrgicos: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Edad: Tipo de Cirugía:			
Presenta alguna limitación física: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Cuál?			
Otros problemas de salud:			
VACUNAS			
VACUNA	CANTIDAD DE DOSIS	FUENTE DE LA INFORMACIÓN	
		LSMI	OTRAS CERTIF
SABIN			
BCG			
SARAMPIÓN			
TRIPLE			
OTRAS:			
SI EL NIÑO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD			
RECURRIR A: Institución:			
Dirección:		TEL:	
AVISAR A: NOMBRE Y APELLIDO			
DIRECCIÓN		TEL:	
AUTORIZO A MI HIJO A REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			

FIRMA: ACLARACIÓN: