



COL  
EGIO  
SAN  
TA  
ROS  
A DE  
LIMA

## EDUCACIÓN INICIAL

### FICHA MÉDICA 2023

Datos del Colegio	
Nombre:	SANTA ROSA DE LIMA
Dirección:	SAN LUIS 139 ESTE
Teléfono:	4211809
Director General:	OLIVARES MARTÍN

Datos Personales del Alumno	
Apellido y Nombre:	D.N.I. N°:
Fecha de Nacimiento:	Grupo Sanguíneo: Factor:
Domicilio:	
Localidad:	Departamento:
Tel. Particular:	Tel. Celular:
Obra Social:	N° de Afiliado:
Nombre del Padre-Madre-Tutor:	D.N.I. N°:

Para ser completado por el médico	
<b>Historia Clínica</b>	
<b>Marcar con una cruz aquellas opciones que resulten positivas</b>	

01	Enfermedades Congénitas	21	Hepatitis A	41	Leucemia
02	Traumatismos	22	Hepatitis B	42	Aneurisma
03	Operaciones	23	Hepatitis C	43	Infarto
04	Golpes Fuertes	24	Enfermedades del Hígado	44	Enfermedades de la Sangre
05	Lesiones Articulares	25	Enfermedades Renales	45	Hemofilia
06	Fracturas-Esguinces	26	Infecciones Urinarias	46	Enfermedades de Ganglios
07	Enfermedades de los Huesos	27	Enfermedades Genitales	47	Enfermedades de la Vista
08	Enfermedades Musculares	28	Enfermedades Neurológicas	48	Enfermedades Glandulares
09	Fiebre Reumática	29	Dolores de Cabezas-Mareos	49	Intervenciones Quirúrgicas
10	Artritis-Artrosis	30	Convulsiones-Epilepsias	50	Heridas
11	Enfermedades Respiratorias	31	Perdida del Conocimiento	51	Enfermedades de la Piel
12	Enfermedades Articulares	32	Deshidratación	52	Enfermedades Auditivas

13	Sinusitis-Otitis-Anginas	33	Enfermedades psiquiátricas	53	Infecciones Crónicas
14	Asma	34	Diabetes	54	Soriasis
15	Neumonía-Bronconeumonía	35	Chagas	55	Incontinencia Urinaria
16	Varicela	36	Soplos del Corazón	56	Cálculos Urinarios
17	Rubéola	37	Enfermedades Cardiacas	57	Cirugías Urológicas
18	Paperas	38	Arritmia Cardiaca	58	Gastritis
19	Sarampión	39	Hipertensión Arterial	59	Úlceras Estomacales
20	Enfermedades Digestivas	40	Anemias	60	Síndrome de Colon Irritable

Es Alérgico	
Medicamentos	Polvo-Polen
Yodo	Comidas
Penicilina	Antibióticos
Plumas	Picaduras de Insectos
Césped	

E.C.G. (Sugerido)	

Calendario de Vacunación Completo: Si No

Valoración Funcional	
	Frecuencia Cardiaca Basal
	Frecuencia Respiratoria Basal
	Tensión Arterial Basal

	Peso
	Altura
	Talla Sentado

EVALUACIÓN CLINICA					
01	Cabeza-Cuello	05	Boca y Faringe	09	Abdomen
02	Ojos	06	Nariz y Pulmones	10	Columna Vertebral
03	Oídos	07	Corazón	11	Neurológico
04	Toma Medicación-Especificar	08	Pulsos Periféricos	12	Comentario de Importancia

¿Realiza Actividad Física? SI NO ¿Cuál?

¿Con qué frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 Veces por semana. Todos los días

# **ADJUNTAR ANÁLISIS DE MAL DE CHAGAS ACTUALIZADO 2023**

¿Se le realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI NO

¿Cuál? ECG ERGOMETRIA TAC RMN Estudios de Laboratorio

En caso de ser positivo anexar una fotocopia a la ficha.

Los abajo firmantes declaran haber completado en forma veraz, los datos consignados en la presente, liberando expresamente al Colegio, de toda responsabilidad por cualquier perjuicio derivado de la asistencia o practica medica que tome como referencia los datos aquí manifestados.

San Juan, .....

.....  
.....

Firma del Padre, Madre o Tutor

Aclaración

D.N.I. Nº