



## FICHA MÉDICA DE ALUMNOS CICLO LECTIVO 2023

Curso. .... División.....

La presente queda supeditada a nuevas solicitudes que el Ministerio de Educación o Salud Pública crean pertinentes durante el Ciclo Lectivo.

Apellidos y nombres (como figura en el DNI) .....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... DNI..... Edad: ..... años

Domicilio: .....

Teléfono fijo: ..... Celular: .....

Obra Social: .....

Grupo Sanguíneo: ..... Factor: ..... Talla: ..... Peso: .....

### ENFERMEDADES QUE PADECE O HA PADECIDO - Tachar lo que no corresponda-

Hepatitis: **SI** A – B – C **NO**

Diabetes: **SI** Grado..... **NO**

Hemofilia: **SI** **NO**

Celiaquía: **SI** **NO**

Otras: .....

### ENFERMEDADES QUE AFECTAN EL SISTEMA NERVIOSO - Tachar lo que no corresponda-

Epilepsia: **SI – NO** Convulsiones: **SI – NO**

Meningitis: **SI – NO** Poliomielitis: **SI – NO**

Secuelas: .....

### SISTEMA RESPIRATORIO

Bronquitis: **SI** Aguda..... Crónica: ..... **NO**

Tuberculosis: **SI** **NO**

Alergias: **SI** especifique ..... **NO**

### SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

¿Alteraciones del tono muscular y la función motora?.....

Especifique: .....

Tratamiento médico: .....Especifique: .....

Escoliosis: **SI – NO** Traumatismos recientes: **SI – NO** Fracturas: **SI - NO**

Zona afectada: .....

Esguinces: **SI – NO** ¿Le colocaron yeso o férula? **SI – NO** ¿Durante cuánto tiempo? .....

¿Utiliza prótesis? **SI – NO** Especifique.....

### SISTEMA URINARIO

Incontinencia urinaria: **SI – NO** Cálculos urinarios: **SI – NO** Cirugías Urológicas: .....

### SISTEMA DIGESTIVO

Gastritis: **SI-NO** Úlceras Estomacales: **SI - NO** Síndrome de colon irritable: **SI – NO**



**Calendario de vacunas completo** ..... Vacunas antitetánicas Obligatoria y Completa: **SI – NO** ¿Cuántas Dosis? .....

**Visión** ¿Se realizó algún control? **SI – NO** ¿Detectaron problemas? **SI – NO**  
¿Cuáles?..... ¿Debe usar lentes? **SI – NO**

**Audición** ¿Realizó controles? **SI – NO** ¿Detectaron problemas? **SI – NO**  
¿Cuáles?..... ¿Debe usar audífono? **SI – NO**

**Medicación** ¿Toma algún medicamento? **SI – NO**  
¿Cuál?.....  
¿Para qué problema? .....

**Lenguaje** ¿Alguna vez tuvo problemas? **SI – NO** ¿Asistió a especialista? **SI – NO**  
¿A qué edad? ..... ¿Continúa en tratamiento? **SI – NO**

- ¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras hacía ejercicios físicos? **SI – NO**
- ¿Ha tenido traumatismo de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses? **SI – NO**
- ¿Tiene dolores articulares? **SI – NO**
- ¿Fue operado en los últimos 4 meses? **SI – NO** ¿De qué?  
.....
- ¿Sufre hormigueos en las manos o en los pies? **SI – NO** ¿En qué momentos?  
.....
- Enfermedades de Trastorno alimenticio: **SI – NO**
- Otras enfermedades .....
- Tratamiento Médico: .....

**El pasado ciclo lectivo estuvo en tratamiento**

Psicopedagógico	<b>SI</b>	¿Continúa? .....	<b>NO</b>
Psicológico	<b>SI</b>	¿Continúa? .....	<b>NO</b>
Fonoaudiológico	<b>SI</b>	¿Continúa? .....	<b>NO</b>

**SISTEMA CIRCULATORIO** Adjuntar electrocardiograma con certificado de apto para actividad física firmado por profesional de esta especialidad.

Arritmia Cardíaca: **SI – NO** Hipertensión arterial: **SI – NO** Máxima..... Mínima: .....

**CONTROL HEMATOLÓGICO** Adjuntar análisis de Chagas

Mal de Chagas: **SI – NO** Anemias: **SI – NO** Leucemia: **SI – NO**

Los abajo firmantes declaran haber completado en forma verás, los datos consignados en la presente ficha, liberando expresamente a docentes y directivos del Colegio Santa Rosa de Lima, de toda responsabilidad por cualquier perjuicio derivado de la asistencia o práctica médica que tome como referencia los datos aquí manifestados. –

.....  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL -médico pediatra-

.....  
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR  
ACLARACIÓN

D.N.I.....

**ADJUNTAR ANÁLISIS DE CHAGAS Y ELECTROCARDIOGRAMA CON CERTIFICADO DE APTO PARA ACTIVIDAD FÍSICA FIRMADO POR PROFESIONAL DE ESTA ESPECIALIDAD – Médico cardiólogo-**