



FICHA MÉDICA DE ALUMNOS

Apellidos y Nombres:

Curso: año División.....

Edad: Años.

Obra Social:

Fecha de Nacimiento: / / 2.0..... DNI.....

Domicilio:

Teléfono fijo: / Celular:

Grupo sanguíneo: / Factor: / Talla:..... / Peso:

Enfermedades que padece o ha padecido:

Hepatitis: SI - NO - A-B-C (tachar lo que no corresponda)

Diabetes: SI- NO / Grado:

Hemofilia: SI - NO Celiaquía: SI - NO

Otras:

Enfermedades que afectan el sistema nervioso

Epilepsia: SI - NO

Convulsiones: SI - NO Meningitis: SI - NO Poliomiелitis: SI - NO

Secuelas:

Sistema Circulatorio Hematológico:

Arritmia Cardíaca: SI - NO Hipertensión arterial: SI - NO Máxima..... Mínim:.....

Mal de Chagas: SI - NO Anemias: SI - NO Leucemia: SI - NO Enfermedades de

Trastorno alimenticio: SI - NO

Otras:.....

Tratamiento Médico:

Sistema Respiratorio:

Bronquitis: SI - NO Aguda:..... Crónica: Tuberculosis:

Alergias: SI - NO (Césped, Polvo, Yodo, Penicilina, Alimentos, etc.) Otras:
(especifique).....

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? SI - NO ¿durante cuánto tiempo?.....

..... ¿Utiliza prótesis? SI - NO Especifique:.....

.....

Sistema urinario:



FICHA MÉDICA DE ALUMNOS

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

¿Otras?:.....

Vacuna 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?

Presentación de examen cardiológico y certificado de buena salud, firmado y con el sello del médico de cabecera.

El abajo firmante declara haber completado en forma verás, los datos consignados en la presente ficha, liberando expresamente a docentes y directivos de la escuela, 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

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

.....
ACLARACIÓN Y D.N.I.