





## FICHA MÉDICA DE ALUMNOS

---

### Sistema urinario:

Incontinencia urinaria: SI – NO

Cálculos urinarios: SI – NO      Cirugías Urológicas:.....

### Sistema Digestivo:

Gastritis: SI-NO    Ulceras 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.**