

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO				Fecha / /	
DATOS DEL ALUMNO <i>Nombre y Apellido</i>				DNI N° <input type="text"/>	
				Fecha Nacimiento / /	
Sexo	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Edad <input type="text"/>	Grupo Sanguíneo	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> O	Factor RH <input type="radio"/> + <input type="radio"/> -
Obra social/Prepaga	N° Afiliado	Plan	Tel.:		
Escuela	Grado/Año	División	Turno		
ANTECEDENTES PERSONALES					
¿Presenta plan de vacunación acorde a su edad? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
¿Presentó alguna anomalía al nacimiento? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Cuál/es?					
¿Está aún bajo tratamiento? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Detalle</i>					
¿Lo operaron alguna vez? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿De qué?					
¿Sufrió algún accidente? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Causa</i> <i>Tipo de lesión</i> <i>Secuela</i>					
¿Presentó traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Lesiones deportivas</i> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>detalle</i>					
¿En caso de fiebre autoriza? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO a la Clínica Médica de la Institución a administrar el siguiente medicamento:					
¿Padece o padeció alteración en la postura? <i>detalle</i>		Es alérgico a: Medicamentos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Detalle</i>		Alimentos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Detalle</i>	
pie plano <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO cavo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO talo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO vago <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Otros <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Detalle</i>		Dermopatías <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Detalle</i>	
Padece/ció de		-Sarampión <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Cardiopatías <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Detalle</i>	
-Escarlatina <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Epilepsia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Hepatitis <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Tipo</i>	
-Hipertensión Arterial <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Fracturas <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Detalle</i>		-Fiebre Reumática <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
-Asma <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Convulsiones <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Mononucleosis <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
-Soplo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				-Rubeola <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Tuvo algún episodio de muerte súbita? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Otros</i> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Detalle</i>					
Esta tomando medicación/es <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Cuales?					
ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS <i>Algunos de los padres y/o hermanos padeció?</i> <i>Desconoce</i> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
Hipercolesterolemia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Diabetes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Enfermedad Coronaria <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Depresión <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Muerte Súbita <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
Hipertensión Arterial <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Epilepsia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Enfermedad Renal <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Obesidad <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Otros <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <i>Detalle</i>					
<i>Lugar de traslado más cercano correspondiente a su O.S./PREPAGA:</i>					
Aclaraciones que el responsable crea importantes <i>(en caso de tener estudios complementarios previos adjuntar informes u observaciones del médico tratante)</i>		EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON			
		Tel <input type="text"/>		Cel <input type="text"/>	
		Tel <input type="text"/>		Cel <input type="text"/>	
Certifico la veracidad de los datos consignados y autorizo a mi hijo/a a realizar actividad física y a trasladar al alumno en caso que el médico lo crea conveniente a un centro asistencial.					
Email de la persona responsable (<i>imprenta minúscula clara</i>) <input type="text"/>					
Firma y Aclaración					

Marcar lo que corresponda o tachar lo que no corresponda

SIGNOS VITALES				INFORMACIÓN NUTRICIONAL			
FC <input type="text"/>	FR <input type="text"/>	TA <input type="text"/>		Peso <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Peso bajo para la talla		
R1 <input type="checkbox"/>	R2 <input type="checkbox"/>	Soplos <input type="checkbox"/>		Talla <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Peso normal para la talla		
R3 <input type="checkbox"/>	R4 <input type="checkbox"/>	Pulsos Periféricos <input type="checkbox"/>	Sello y Firma Profesional	IMC <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Se sugiere control nutricional		Sello y Firma Profesional
Obs:				Obs:			
ODONTOLOGÍA		FONOAUDIOLOGÍA		OFTALMOLOGÍA			
Necesita Tratamiento		Necesita Tratamiento		Visión lejana		Visión cercana	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Fonoaudiológico <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Sin Corrección <input type="checkbox"/>		Con Corrección <input type="checkbox"/>	
		ORL <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		OD <input type="checkbox"/>		Ambos ojos <input type="checkbox"/>	
				OI <input type="checkbox"/>		Visión Cromática <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Sello y Firma Profesional		Sello y Firma Profesional		Sello y Firma Profesional			
Obs:		Obs:		Obs:			
Estudios complementarios sugeridos EcoCardio <input type="checkbox"/> EcoDoppler <input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>							

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Certifico por la presente que en el día de la fecha el niño/a cuya historia clínica queda en mi poder, se encuentra apto para realizar actividad física recreativa o deportiva de acuerdo a su edad y sexo, dentro del ámbito escolar.

Ciudad: _____
Fecha: _____ de _____ de 20 _____

Firma y Sello Médico

OBSERVACIONES / NOVEDADES MÉDICAS DURANTE EL CICLO LECTIVO
