



¿Cómo completar la ficha médica escolar?

Los invitamos a ver este video de la empresa Sistem Life. Contiene información sobre cómo se completa la ficha médica, qué datos debe tener y cuáles son los pasos a seguir para realizar un apto físico responsable.

<https://youtu.be/bleRC2Rknf0>

Podrán encontrar la ficha para imprimir en la página siguiente.

OBSERVACIONES / NOVEDADES MÉDICAS DURANTE EL CICLO LECTIVO

Ciudad: _____ de _____ de 20____
 Fecha: _____ de _____ de 20____
 Firma y sello médico: _____


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.

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Estudios complementarios sugeridos EcoCardio EcoDoppler Hoher Ergometría Otros

ODONTOLOGÍA	FONOAUDILOGÍA	OFTALMOLOGÍA
Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sello y firma Profesional _____ ORL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Necesita Tratamiento Fonodiológico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sello y firma Profesional _____ Obs: _____	Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sello y firma Profesional _____ OD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO OI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sello y firma Profesional _____ Necesita Tratamiento Fonodiológico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sello y firma Profesional _____ Obs: _____	Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sello y firma Profesional _____ OD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO OI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sello y firma Profesional _____ Necesita Tratamiento Fonodiológico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sello y firma Profesional _____ Obs: _____

SIGNOS VITALES	INFORMACIÓN NUTRICIONAL
FC <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> Soplos <input type="checkbox"/> R3 <input type="checkbox"/> R4 <input type="checkbox"/> Pulsos Periféricos <input type="checkbox"/> Sello y firma Profesional _____	Peso <input type="checkbox"/> Talla <input type="checkbox"/> IMC <input type="checkbox"/> Peso bajo para la talla <input type="checkbox"/> Peso normal para la talla <input type="checkbox"/> Se sugiere control nutricional <input type="checkbox"/> Sello y firma Profesional _____

	FICHA MÉDICA DEL ALUMNO	Fecha ____/____/____																				
	DATOS DEL ALUMNO Nombre y Apellido _____	DNI N° _____																				
	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Edad _____ Grupo Sanguíneo <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O Factor RH <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Fecha de nacimiento ____/____/____																				
Obra social/Prepaga _____ N° Afiliado _____ Plan _____ Tel.: _____	Escuela: _____ Grado/Año _____ División _____ Turno _____																					
ANTECEDENTES PERSONALES																						
¿Presenta plan de vacunación acorde a su edad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																						
¿Presentó alguna anomalía al nacimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuáles? _____																						
¿Está aún bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Detalle _____																						
¿Lo operaron alguna vez? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿De qué? _____																						
¿Sufrió algún accidente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Causa _____ Tipo de lesión _____ Secuela _____																						
¿Presentó traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Lesiones deportivas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Detalle _____																						
¿En caso de fiebre autoriza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO a la Clínica Médica de la institución a administrar el siguiente medicamento: _____																						
¿Padece o padeció alteración en la postura? detalle _____																						
Es alérgico a: Medicamentos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Detalle _____ Alimentos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Detalle _____																						
Otros <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Detalle _____ Dermopatías <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Detalle _____																						
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Padece/ció de</td> <td>-Sarampión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>-Cardiopatías <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>-Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>-Escarlatina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>-Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>-Hepatitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>-Fiebre reumática <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>-Varicela <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>-Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>-Fracturas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>-Mononucleosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>-Migraña <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>-Convulsiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>-Rubeola <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>-Asma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>-Soplo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>			Padece/ció de	-Sarampión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Cardiopatías <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Escarlatina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Hepatitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Fiebre reumática <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Varicela <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Fracturas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Mononucleosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Migraña <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Convulsiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Rubeola <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Asma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				-Soplo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Padece/ció de	-Sarampión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Cardiopatías <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
-Escarlatina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Hepatitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Fiebre reumática <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
-Varicela <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Fracturas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Mononucleosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
-Migraña <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Convulsiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Rubeola <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Asma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
			-Soplo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
¿Tuvo algún episodio de muerte súbita? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Detalle _____																						
Esta tomando medicación/es <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuales? _____																						
ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS ¿Algunos de los padres y/o hermanos padeció? Desconoce <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																						
Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad Coronaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Depresión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Muerte súbita <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																						
Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Obesidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Detalle _____																						
Lugar de traslado más cercano correspondiente a su OS/Prepaga: _____																						
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON																						
		Tel _____ Cel _____ Laboral _____																				
		Tel _____ Cel _____ Laboral _____																				
Aclaraciones que el responsable crea importantes (en caso de tener estudios complementarios previos adjuntar informes u observaciones del médico tratante)																						
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 (imprenta minúscula clara) _____ <input type="checkbox"/> No deseo recibir información																						
		Firma y aclaración _____																				