

OBSERVACIONES / NOVEDADES MÉDICAS DURANTE EL CICLO LECTIVO

Fecha: _____ de _____ de 20____
Ciudad: _____
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 Holter Ergometría Otros

ODONTOLOGÍA	FONOAUDILOGÍA	OFTALMOLOGÍA
Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fonoaudiológico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ORL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sello y Firma Profesional _____	Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sello y Firma Profesional _____	Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sin Corrección <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Con Corrección <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sello y Firma Profesional _____

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°: _____

Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: M F Edad: ____ Grupos Sanguíneos: A B O Factor RH: + -

Obra social/Prepaga	N° Afiliado	Plan	Tel.:
Escuela	Grado/Año	División	Turno

ANTECEDENTES PERSONALES

¿Presenta plan de vacunación acorde a su edad? SI NO

¿Presentó alguna anomalía al nacimiento? SI NO ¿Cuál/es? _____

¿Está aún bajo tratamiento? SI NO *Detalle* _____

¿Lo operaron alguna vez? SI NO *¿De qué?* _____

¿Sufrió algún accidente? SI NO *Causa* _____ *Tipo de lesión* _____ *Secuela* _____

¿Presentó traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento? SI NO Lesiones deportivas SI NO *detalle* _____

¿En caso de fiebre autoriza? SI 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 SI NO *Detalle* _____ Alimentos SI NO *Detalle* _____
 Otros SI NO *Detalle* _____ Dermopatías SI NO *Detalle* _____

Padece/ció de -Escarlatina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -Varicela <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -Migraña <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Sarampión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -Paperas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Cardiopatías <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>Detalle</i> _____ -Hepatitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>Tipo</i> _____ -Fracturas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>Detalle</i> _____ -Convulsiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -Mononucleosis <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? SI NO *Otros* SI NO *Detalle* _____

Esta tomando medicación/es SI NO *¿Cual/es?* _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS Algunos de los padres y/o hermanos padeció? Desconoce SI 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 <i>Detalle</i> _____

Lugar de traslado más cercano correspondiente a su O.S./ 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 (impresión minúscula clara) _____

No deseo recibir información

Firma y Aclaración _____

Marcar lo que corresponda o tachar lo que no corresponda

