

FICHA MÉDICA (1)

Nombre y apellido del alumno/a: Curso:

A ser firmada por el Profesional Médico.

1. Examen del aparato respiratorio

Tórax N P - Auscult. Ruidos N ↓ ↑ . FR xm.

2. Examen de aparato cardiovascular

- Auscult. 2R - 4F N ↓ ↑ . FC xm. TA xm. Soplos si no

3. Examen Abdominal

Distensión si no Palp. Superf. N P Profunda N P

- | | | | |
|---------------------------|---|---------------------------|---|
| 4. Columna vertebral | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P | 11. Alteraciones Visuales | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| 5. Asma | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | 12. Hepatitis | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| 6. Sinusitis | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | 13. Interven. Quirúrgicas | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| 7. Epilepsia | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | 14. Enferm. Piel | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| 8. Disritmia Cerebral | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | 15. Enf. Genitourinarias | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| 9. Alteraciones Auditivas | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | 16. Enf. Endocrinas | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| 10. Alergias | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | | |

• Vacunación:

Sabín si no Triple si no Doble si no
ATT si no BCG si no

• Otras enfermedades o problemas no detallados:

.....
.....

• En caso de presentar algún trastorno sírvase avisar:

.....
.....

• Medicación actualizada:

.....

Por la presente certifico que el niño/a D.N.I. Nº
que se ha atendido en la fecha/...../..... se encuentra APTO CLINICAMENTE para realizar actividades
físicas acordes a su edad durante el año 2020.

FICHA MÉDICA (2) - FORMULARIO Nº 1

| | | | |
|---|----------------------|------------------------|----------------------|
| Apellido y Nombres del alumno/a | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Fecha de Nacimiento | | Doc. Nac. de Identidad | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Domicilio - Calle | | Número | Dpto. Localidad |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cobertura Médica (Pre-paga u Obra Social) | | Nº de Afiliado | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

Colocar una X en caso positivo, sino dejar en blanco

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ¿Es alérgico? | <input type="checkbox"/> | ¿Padece alguna cardiopatía? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Arritmia al corazón? | <input type="checkbox"/> | ¿Disritmia cerebral? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Asma? | <input type="checkbox"/> | ¿Diabetes? | <input type="checkbox"/> |

• Si es alérgico indicar a qué:

.Otros datos de interés:

.Médico de cabecera: Tel.:

• Nombre y apellido del padre / madre o familiar a llamar en caso de emergencias:

Tel. "A" Pertenencia

Tel. "B" Pertenencia

Tel. "C" Pertenencia

• Lugar de derivación (traslado):

1. Hospital Materno Infantil de San Isidro: SI - NO

2. Otros Lugares:

❖ Por favor presentar junto a este formulario una fotocopia del carnet de obra social del alumno/a.

Firma del padre, madre o tutor: Aclaración:

Tipo y Nº de documento: Fecha: / / 2020

FICHA MÉDICA (3)

Nombre y apellido del alumno/a: Curso:

TRATAMIENTO (PSICOLÓGICO, PSICOPEDAGÓGICO, NEUROLÓGICO, FONOAUDIOLÓGICO, PSICOMOTRIZ, ETC)

Mi hijo/a no está realizando ningún tipo de tratamiento con profesionales.

Mi hijo/a está siguiendo tratamiento con los siguientes profesionales:

Tipo de tratamiento:

Nombre y apellido del profesional:

Teléfono del profesional:

Tipo de tratamiento:

Nombre y apellido del profesional:

Teléfono del profesional:

Tipo de tratamiento:

Nombre y apellido del profesional:

Teléfono del profesional:

Firma del padre, madre o tutor: Aclaración:

Tipo y N° de documento:

Fecha: / / 2020