

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. Disrritmia 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 2017.

FICHA MÉDICA (2) - FORMULARIO Nº 1

Apellido y Nombres del alumno/a			
Fecha de Nacimiento		Doc. Nac. de Identidad	
Domicilio - Calle		Número	Dpto. Localidad
Cobertura Médica (Pre-paga u Obra Social)		Nº de Afiliado	

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: / / 2017

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 Nº de documento:

Fecha: / / 2017