

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 | ☐ N ☐ P | 11. Alteraciones Visuales | ☐ si ☐ no |
| 5. Asma | ☐ si ☐ no | 12. Hepatitis | ☐ si ☐ no |
| 6. Sinusitis | ☐ si ☐ no | 13. Interven. Quirúrgicas | ☐ si ☐ no |
| 7. Epilepsia | ☐ si ☐ no | 14. Enferm. Piel | ☐ si ☐ no |
| 8. Disritmia Cerebral | ☐ si ☐ no | 15. Enf. Genitourinarias | ☐ si ☐ no |
| 9. Alteraciones Auditivas | ☐ si ☐ no | 16. Enf. Endocrinas | ☐ si ☐ no |
| 10. Alergias | ☐ si ☐ 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 2022.

FICHA MÉDICA (2) - FORMULARIO N° 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)		N° de Afiliado	

Colocar una X en caso positivo, sino dejar en blanco

¿Es alérgico?	☐	¿Padece alguna cardiopatía?	☐
¿Arritmia al corazón?	☐	¿Disritmia cerebral?	☐
¿Asma?	☐	¿Diabetes?	☐

- 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 N° de documento: Fecha: / / 2022

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: / / 2022