

FICHA MÉDICA (1)

Nombre y apellido del alumno/a: ..... Sala: .....

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 2020.

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" .....  
Pertencia

Tel. "B" .....  
Pertencia

Tel. "C" .....  
Pertencia

• Lugar de derivación (traslado):

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

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: ..... Sala: .....

**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