

No olvidar que la ficha debe encontrarse firmada por el padre, madre o tutor del alumno.

FICHA MEDICA DEL ALUMNO										DNI N°																	
DATOS DEL ALUMNO										FECHA / /																	
Nombre y Apellido: _____										Fecha de Nacimiento / /																	
Sexo		M	F	Edad:		Grupo Sanguíneo		A	B	O	Factor RH		+	-													
Obra Social			N° Afiliado			Plan			Tel.:																		
ESCUELA				Grado / Año				División		Turno																	
ANTECEDENTES PERSONALES																											
¿Presenta plan de vacunación acorde a su edad?										SI	NO																
¿Presento alguna anomalía al nacimiento?										SI	NO	¿Cuáles?															
¿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											
Es alérgico a: Medicamentos										SI	NO	Detalle															
Alimentos:										SI	NO	Detalle			Otros		SI	NO	Detalle								
Padece de:										SI	NO	Escarlatina		SI	NO	Rubeola		SI	NO	Varicela		SI	NO	Mononucleosis		SI	NO
Paperas		SI	NO	Fiebre Reumática				SI	NO	Hepatitis				SI	NO	Tipo											
Diabetes		SI	NO	Migraña		SI	NO	Asma		SI	NO	Epilepsia		SI	NO	Convulsiones		SI	NO	Hipertensión Arterial				SI	NO		
Fracturas		SI	NO	Detalle			Cardiopatías				SI	NO	Detalle		Fracturas												
¿Tuvo algún episodio de muerte súbita?										SI	NO	Otros			SI	NO	Detalle										
¿Está tomando medicaciones?										SI	NO	¿Cuáles?															
ANTECEDENTES FAMILIARES																											
¿Alguien de su familia padece y/o padeció...																											
Hipercolesterolemia		SI	NO	Diabetes		SI	NO	Enfermedad Coronaria		SI	NO	Depresión		SI	NO	Muerte Súbita		SI	NO								
Hipertensión Arterial		SI	NO	Epilepsia		SI	NO	Enfermedad Renal		SI	NO	Obesidad		SI	NO	Otros		SI	NO	Detalle							
Aclaraciones que el responsable considere importante:																											
Si posee dirección de mail detalla:										Firma Padre, Madre o Tutor _____																	
CONT. ANTROPONOMETRICO			Talla		Peso		Signos Vitales			FC		FR		TA													
Exámen Cardiológico			1° Ruido		3° Ruido		Soplos			Pulsos Periféricos																	
			2° Ruido		4° Ruido																						
Firma y Sello Médico _____																											

www.sistemlife.com.ar www.rcpcursos.com.ar Facebook.Sistem Life

### EN CASO DE EMERGENCIA

Comunicarse con \_\_\_\_\_ Tel/Cel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Comunicarse con \_\_\_\_\_ Tel/Cel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Comunicarse con \_\_\_\_\_ Tel/Cel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### NOVEDADES MEDICAS DURANTE CICLO LECTIVO

---



---



---



---

### CERTIFICADO DE APTITUD FISICA

Certifico que en el día de la fecha el niño/a, cuya historia clínica queda en mi poder, se encuentra apto para realizar actividad física escolar, recreativa o deportiva de acuerdo con su edad y sexo.

Buenos Aires, .....de .....de 20.....

Firma y Sello Médico

OBSERVACIONES GENERALES:

---



---