

	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															
Padeció 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 detallela:														Firma Padre, Madre o Tutor _____													
CONT. ANTROPONOMETRICO				Talla				Peso				Signos Vitales				FC				FR				TA			
Exámen Cardiológico				1° Ruido		☐		3° Ruido		☐		Soplos				☐											
				2° Ruido		☐		4° Ruido		☐		Pulsos Periféricos				☐											
														Firma y Sello Médico _____													
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.																											
.....de.....de 20.....														Firma y Sello Médico													
OBSERVACIONES GENERALES:																											

CERTIFICADO BUCODENTAL																											
Certifico que el niño/niña se encuentra apto, luego de realizar el chequeo bucodental.																											
.....de.....de 20.....														Firma y Sello Médico													
OBSERVACIONES GENERALES:																											

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE																											
con _____ Tel/Cel: _____ E-mail: _____																											
con _____ Tel/Cel: _____ E-mail: _____																											