

DATOS DEL AUMNO

DNI N°:

Nombre y Apellido:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Sexo: M F

Grupo Sanguíneo: A B O

Factor RH: + -

Obra Social:

N° de Afiliado:

Plan:

Tel.:

ESCUELA

Grado/Año:

División:

Turno:

ANTECEDENTES PERSONALES

Presentó alguna anomalía al nacimeinto	SI NO	Está tomando medicaciones	SI NO
¿Cuáles?:		¿Cuáles?:	
Está aún bajo tratamiento		Es alergico a:	
Detalle:		Medicamentos	
Lo operaron alguna vez		Detalle:	
¿De qué?:		Alimentos	
Sufrió algún accidente		Detalle:	
Causa:		Otros:	
Tipo de lesión:		Secuela:	
Padeció de:	SI NO		SI NO
Escarlatina		Diabetes	
Rubeola		Migraña	
Varicela		Asma	
Mononucleosis		Epilepsia	
Paperas		Convulsiones	
Fiebre Reumática		Cardiopatías	
		Hipertensión Arterial	
		Fracturas	
		Detalle:	
		Hepatitis	
		Tipo:	
		Otros:	

ANTECEDENTES FAMILIARES

Algún familiar padece o padeció:

	SI NO		SI NO		SI NO		SI NO
Hipocolesterolemia		Diabetes		Enfermedad Coronaria		Depresión	
Hipertensión Arterial		Epilepsia		Enfermedad Renal		Obesidad	
Muerte Súbita		Otros:					

Aclaraciones que el responsable considere importantes:

Firma del Responsable

Aclaración

CONTROL ANTROPONOMÉTRICO

Talla:

Peso:

Signos Vitales

FC:

FR:

TA:

Exámen Cardiológico

1° ruido

2° ruido

3° ruido

4° ruido

Soplos

Pulsos Periféricos

Firma y Sello Médico

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

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.

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Certifico que el niño/a posee el calendario nacional de vacunación completo a la fecha.

OBSERVACIONES GENERALES

de

Firma y Sello Médico

CERTIFICADO BUCODENTAL

Certifico que el niño/a se encuentra apto, luego de realizar el chequeo bucodental.

OBSERVACIONES GENERALES

de

Firma y Sello Médico

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Responsable 1 - Nombre:

Tel./Cel.:

E-mail:

Responsable 2 - Nombre:

Tel./Cel.:

E-mail:

Otro - Nombre:

Tel./Cel.:

E-mail: