

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO

FECHA _____



DATOS DEL ALUMNO

DNI N°: _____ Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Grupo Sanguíneo: A ☐ B ☐ 0 ☐ Factor RH: + ☐ - ☐

Obra Social: _____ N° de Afiliado: _____ Plan: _____ Tel.: _____

ESCUELA _____ Grado/Año: _____ División: _____ Turno: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO		SI	NO
Presentó alguna anomalía al nacimiento	☐	☐	Está tomando medicaciones	☐	☐
¿Cuáles?:	☐	☐	¿Cuáles?:		
Está aún bajo tratamiento	☐	☐	Es alérgico a:		
Detalle:			Medicamentos	☐	☐
Lo operaron alguna vez	☐	☐	Detalle:		
¿De qué?:			Alimentos	☐	☐
Sufrió algún accidente	☐	☐	Detalle:		
Causa:			Otros:		
Tipo de lesión:			Secuela:		
Padeció de:					
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
Hipocolesterolemia	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Enfermedad Coronaria	☐	☐
Hipertensión Arterial	☐	☐	Epilepsia	☐	☐	Enfermedad Renal	☐	☐
Muerte Súbita	☐	☐	Otros:			Depresión	☐	☐
						Obesidad	☐	☐

Aclaraciones que el responsable considere importantes: _____

Firma del Responsable _____ Aclaración _____

CONTROL ANTROPOMÉTRICO

Talla: _____ Peso: _____ ☐ 1° ruido ☐ 3° ruido ☐ Soplos

Signos Vitales FC: _____ FR: _____ TA: _____ ☐ 2° ruido ☐ 4° ruido ☐ 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: _____