



COLEGIO NUEVO DE LAS LOMAS

FICHA MÉDICA 2023

Nombre y Apellido del Alumno: Fecha:

Fecha de nacimiento: Edad: DNI:

Domicilio: Localidad:

Provincia: **Contactos:** Madre: Padre:

A LLENAR POR MADRE Y PADRE

ANTECEDENTES DE LA INFANCIA

VACUNACIONES

	SI	NO
BCG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triple:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabín:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antisarampionosa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doble:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuerzo de antitetánica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

	SI	NO
Sarampión:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubeola:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarlatina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche (tos convulsa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parotiditis (Papera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras:.....
.....

	SI	NO
Hepatitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades alérgicas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de contestar **SI** indique cuáles o a qué es alérgico.....

	SI	NO
Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de contestar **SI** indique cuál

	SI	NO
Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de contestar **SI** indique cuál

.....

Firma del Padre, Madre o Tutor:.....

Aclaración:.....

A LLENAR POR EL MEDICO

EXÁMEN FÍSICO

Talla.....

Peso.....

SEMIOLOGÍA (consigne solo los datos positivos)

Aparato respiratorio:.....
.....

Aparato digestivo:.....
.....

Aparato cardiocirculatorio

Pulso:..... Tensión Arterial:

Auscultación:.....
.....

Osteoarticular

Postura:.....

Pie: (plano, cavo, talo, valgo)

Columna:

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Usa anteojos: SI NO

Otros datos a consignar:.....
.....

EXÁMEN BUCODENTAL

Faltan piezas dentarias: SI NO
Caries:

NOTA: En caso de observar algún dato positivo resultante de la revisión clínica que no figure en la planilla, descríballo a continuación.

El alumno se encuentra apto para realizar clases de Ed. Física y competencias deportivas

Firma del médico Responsable:.....

Aclaración (Sello, Matrícula) :.....

La totalidad de los datos e información suministrada por quienes suscriben la presente tiene carácter de Declaración Jurada. Los arriba firmantes se comprometen a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.