Instituto Nuestra Señora del Carmen

FICHA MEDICA

Nombre/s y Apellido/s Edad
D.N.I. N° Teléfono N° mail
Dirección Obra Social
Curso Turno Fecha de Nac

Centro de atención para traslado: .....

Pediatra (Apellido y Nombre): ..... Teléfono: .....

A LLENAR POR LOS PADRES

ANTECEDENTES DE LA INFANCIA		
NACIO DE PARTO NORMAL	SI	NO
En caso de contestar NO comente en forma resumida el problema		

VACUNACIONES

BCG	SI	NO
TRIPLE	SI	NO
ANTISARAMPIONOSA	SI	NO
DOBLE	SI	NO
REFUERZO ANTITETANICA	SI	NO
ANTICOVID-19	SI	NO

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SARAMPION	SI	NO
VARICELA	SI	NO
RUBEOLA	SI	NO
ESCARLATINA	SI	NO
COQUELUCHE (TOS CONVULSA)	SI	NO
PAROTIDITIS (PAPERAS)	SI	NO
OTRAS (Indicar cuales)		
DIABETES	SI	NO
Tipo y medicación		
HEPATITIS	SI	NO
ASMA O ENFERMEDADES ALERGICAS	SI	NO
En caso afirmativo indíque a cuales es alergico		
TRAUMATISMO DE CRANEO	SI	NO
Con perdida de conocimiento	SI	NO
FRACTURAS	SI	NO
En caso afirmativo indíque cual		
EPILEPSIA O DIRRITMIA	SI	NO
En caso afirmativo indíque cual		
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	SI	NO
En caso afirmativo indíque cual		
LESIONES DEPORTIVAS	SI	NO
En caso afirmativo indíque cual		
MEDICACION DE USO HABITUAL Y CAUSA		
En caso afirmativo indíque cual		
ANTECEDENTES FAMILIARES		

AUTORIZO a que mi hijo/a realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo, conforme a los lineamientos curriculares vigentes. Así mismo presto conformidad para que en caso de accidente, y de ser necesario traslado para su asistencia, el mismo se realice al centro asistencial más próximo ó al indicado precedentemente, dando aviso telefónico al Nro.: ..... e indicar: Apellido y nombre, domicilio, teléfono, de la persona que se haría cargo en caso de no localizar a los padres: .....
.....
.....

.....
FIRMA DE PADRE, MADRE O TUTOR

ACLARACION .....

LUGRA Y FECHA .....

Solicitamos por favor nos informen o actualicen, en caso que el alumno/a asista a algún tratamiento, con el fin de realizar unn trabajo integral e interdisciplinario, ante las necesidades individuales de los mismos.
(Nombre y teléfono de contacto del Profesional)

Psicológico: .....

Psiquiátrico: .....

Psicopedagógico: .....

Fonoaudiológico: .....

Otros: .....

A LLENAR POR EL MEDICO		
EXAMEN FISICO		
SEMIOLOGIA (consigne datos positivos)		
APARATO RESPIRATORIO		
	SI	NO
APARATO CARDIO CIRCULATORIO		
PULSO	TENSION	
AUSCULTACION		
APARATO DIGESTIVO		
HERNIAS		
OSTEOARTICULAR		
POSTURA		
PIE (plano cavo talo vago)		
COLUMNA		
OTRAS		
DERMOPATIAS	SI	NO
EXAMEN OFTALMOLOGICO		
USA ANTEOJOS	SI	NO
OTROS DATOS A CONSIGNAR		
TEST DE AGUDEZA VISUAL		
EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL		
FALTAN PIEZAS DENTARIAS	SI	NO
CARIES	SI	NO
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		
TALLA		
TALLA S		
ENVERGADURA		
PESO		
INTERCONSULTAS		

Revisación Médica Fecha: / /
El alumno/a
que cursa actualmente el .... año del Nivel ..... con Documento Nacional de Identidad Nº se encuentra APTO / NO APTO en condiciones psicofísicas para desarrollar actividades deportivas escolares.

OBSERVACIONES: .....
.....
.....

.....
Firma y Sello (Matrícula)

También es preciso aclarar que toda la información declarada por los padres, tanto en las historias realizadas por el departamento médico, como las efectuadas en médicos públicos será responsabilidad de los mismos, como así también todo lo que se refiere a la revisación médica será responsabilidad exclusiva del departamento médico liberando de toda responsabilidad jurídica al Instituto Nuestra Señora del Carmen.