

FICHA MÉDICA

Nombre y Apellido: Edad:.....

Obra Social Plan

Nació en parto normal SI/NO

VACUNACIONES

BCG	SI/NO
TRIPLE	SI/NO
ANTISARAMPIONOSA	SI/NO
DOBLE	SI/NO

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SARAMPIÓN	SI/NO
VARICELA	SI/NO
RUBEOLA	SI/NO
ESCARLATINA	SI/NO
COQUELUCHE (TOS CONVULSA)	SI/NO
PAROTIDITIS (PAPERAS)	SI/NO
OTRAS.....	
DIABETES	SI/NO
Tipo y Medicación.....	
HEPATITIS	SI/NO
ASMA	SI/NO

ENFERMEDADES ALERGICAS SI/NO
¿A cuáles, o a qué es alérgico?
.....

TRAUMATISMO DE CRANEO	SI/NO
.....	
Con pérdida de Conocimiento	
FRACTURAS	SI/NO
En caso afirmativo indique cual	
.....	
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	SI/NO
En caso afirmativo indique cuál	
.....	
LESIONES DEPORTIVAS	
En caso afirmativo indique cuál	
.....	

EPILEPSIA O DITRRITMIA SI/NO
En caso afirmativo indique cuál
.....

MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL Y CAUSA.....
.....

.....
**FIRMA DEL
PADRE, MADRE O TUTOR**

Lugar de Nacimiento.....
TE. (Particular).....
TE. (Alternativo).....
Localidad..... CP.....
E-mail.....

A COMPLETAR POR EL MEDICO EXAMEN APTO FÍSICO

SEMIOLOGIA (Consigne datos positivos)

Aparato Respiratorio.....
..... SI/NO

Aparato Cardiocirculatorio

Pulso..... Tensión.....
Auscultación.....

Aparato Digestivo.....
.....

Hernias.....
Osteoarticular.....
Postura.....
Pie (Plano, cavo, talo, vago)
Columna.....
Otras.....

Dermopatías.....SI/NO

EXAMEN OFTALMOLOGICO

Usa anteojos.....SI/NO
Otros datos a consignar.....

EXAMEN BUCODENTAL

Faltan piezas dentarías.....SI/NO
Caries..... SI/NO

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

.....
FIRMA DEL MEDICO

.....
SELLO Y MATRICULA

EN CASO DE EXTREMA NECESIDAD DERIVAR AL SANATORIO.....

Domicilio..... Localidad..... Tel.....

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: (Colocar tres alternativas)

1. APELLIDO Y NOMBRE: Tel.: Tel.:
2. APELLIDO Y NOMBRE: Tel.: Tel.:
3. APELLIDO Y NOMBRE: Tel.: Tel.:

AUTORIZO AL PERSONAL DEL INSTITUTO A TRASLADAR AL SANATORIO ANTES MENCIONADO ANTE UNA EVENTUALIDAD QUE REQUIERA ATENCIÓN.

FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR.....

ACLARACION.....

Ciudad Autónoma de Bs. As.,..... de..... de 202....