

		FICHA MÉDICA DEL ALUMNO		Fecha / /			
		DATOS DEL ALUMNO Nombre y Apellido		DNI Nº <input type="text"/>			
		Fecha de nacimiento / /		Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Edad <input type="text"/> <input type="text"/>			
		Grupo Sanguíneo <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> O		Factor RH <input type="radio"/> + <input type="radio"/> -			
Obra social/Prepaga		Nº Afiliado		Plan		Tel.:	
Escuela:		Grado/Año		División		Turno	
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>							
¿Presenta plan de vacunación acorde a su edad?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
¿Presentó alguna anomalía al nacimiento?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		¿Cuáles?			
¿Está aún bajo tratamiento?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Detalle			
¿Lo operaron alguna vez?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		¿De qué?			
¿Sufrió algún accidente?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Causa		Tipo de lesión	
¿Presentó traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Lesiones deportivas		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿En caso de fiebre autoriza		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		a la Clínica Médica de la institución a administrar el siguiente medicamento:			
¿Padece o padeció alteración en la postura? detalle		Es alérgico a: Medicamentos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Detalle		Alimentos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Detalle		Detalle		Detalle		Detalle	
pie plano <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		cavo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		talo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		vago <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Otros <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Detalle		Dermopatías <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Detalle	
Padece/ció de		-Sarampión <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Cardiopatías <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Hipertensión Arterial <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
-Escarlatina <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Epilepsia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Hepatitis <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Fiebre reumática <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
-Varicela <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Diabetes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Fracturas <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Mononucleosis <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
-Migraña <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Convulsiones <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		-Rubeola <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
-Asma <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO						-Soplo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Tuvo algún episodio de muerte súbita?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Otros <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
Detalle		Detalle		Detalle		Detalle	
Esta tomando medicación/es		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Cuales?			
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS</b> ¿Algunos de los padres y/o hermanos padeció? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO							
Desconoce <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Hipercolesterolemia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Diabetes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Enfermedad Coronaria <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Depresión <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Muerte súbita <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Hipertensión arterial <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Epilepsia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Enfermedad Renal <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Obesidad <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Otros <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Detalle	
Lugar de traslado más cercano correspondiente a su OS/Prepaga:		<b>EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON</b>					
Aclaraciones que el responsable crea importantes (en caso de tener estudios complementarios previos adjuntar informes u observaciones del médico tratante)		Tel		Cel		Laboral	
		Tel		Cel		Laboral	
Certifico la veracidad de los datos consignados y autorizo a mi hijo/a a realizar actividad física y a trasladar al alumno en caso que el médico lo crea conveniente a un centro asistencial.		Email de la persona responsable (imprenta minúscula clara)		@		Firma y aclaración	

SIGNOS VITALES				INFORMACIÓN NUTRICIONAL				
FC <input type="text"/>	FR <input type="text"/>	TA <input type="text"/>	<i>Sello y firma Profesional</i>	Peso <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <i>Peso bajo para la talla</i>		<i>Sello y Firma Profesional</i>	
R1 <input type="checkbox"/>	R2 <input type="checkbox"/>	Soplos <input type="checkbox"/>		Talla <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <i>Peso normal para la talla</i>			
R3 <input type="checkbox"/>	R4 <input type="checkbox"/>	Pulsos Periféricos <input type="checkbox"/>		IMC <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <i>Se sugiere control nutricional</i>			
				Obs:				
ODONTOLOGÍA		FONOAUDIOLOGÍA		OFTALMOLOGÍA				
Necesita Tratamiento	<i>Sello y firma Profesional</i>	Necesita Tratamiento Fonoaudiológico	<i>Sello y Firma</i>	Visión lejana		Visión cercana		<i>Sello y Firma Profesional</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sin corrección	Con corrección	Ambos ojos <input type="text"/>		
	ORL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	OD <input type="text"/>	OI <input type="text"/>	Visión Cromática <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
		Obs:		Obs:				
<b>Estudios complementarios sugeridos</b> EcoCardio <input type="checkbox"/> EcoDoppler <input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> Ergometria <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> _____								
<b>CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA</b>								
Certifico por la presente que en el día de la fecha el niño/a cuya historia clínica queda en mi poder, se encuentra apto para realizar actividad física recreativa o deportiva de acuerdo a su edad y sexo, dentro del ámbito escolar.								
Ciudad: _____				Firma y sello médico: _____				
Fecha: _____ de _____ de 20 ____								
<b>OBSERVACIONES / NOVEDADES MÉDICAS DURANTE EL CICLO LECTIVO</b>								
_____								
_____								
_____								