



¿Cómo completar la ficha médica escolar?

Los invitamos a ver este video de la empresa Sistem Life. Contiene información sobre cómo se completa la ficha médica, qué datos debe tener y cuáles son los pasos a seguir para realizar un apto físico responsable.

<https://youtu.be/bleRC2Rknf0>

Podrán encontrar la ficha para imprimir en la página siguiente.



FICHA MÉDICA DEL ALUMNO

Fecha / /

DATOS DEL ALUMNO Nombre y Apellido

DNI Nº

Fecha de nacimiento / /

Sexo M F Edad Grupo Sanguíneo A B O Factor RH + -

Obra social/Prepaga N° Afiliado Plan Tel.:

Escuela: Grado/Año División Turno

ANTECEDENTES PERSONALES

¿Presenta plan de vacunación acorde a su edad? SI NO

¿Presentó alguna anomalía al nacimiento? SI NO ¿Cuáles?

¿Está aún bajo tratamiento? SI NO Detalle

¿Lo operaron alguna vez? SI NO ¿De qué?

¿Sufrió algún accidente? SI NO Causa Tipo de lesión Secuela

¿Presentó traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento? SI NO Lesiones deportivas SI NO Detalle

¿En caso de fiebre autoriza SI 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 SI NO Detalle Alimentos SI NO Detalle

pie plano SI NO cavo SI NO talo SI NO vago SI NO Otros SI NO Detalle Dermopatías SI 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? SI NO Otros SI NO Detalle

Esta tomando medicación/es SI NO Cuales?

ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS ¿Algunos de los padres y/o hermanos padeció? Desconoce SI NO

Hipercolesterolemia SI NO Diabetes SI NO Enfermedad Coronaria SI NO Depresión SI NO Muerte súbita SI NO

Hipertensión arterial SI NO Epilepsia SI NO Enfermedad Renal SI NO Obesidad SI NO Otros SI NO Detalle

Lugar de traslado más cercano correspondiente a su OS/Prepaga:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

	Tel <input type="text"/>	Cel <input type="text"/>	Laboral <input type="text"/>
	Tel <input type="text"/>	Cel <input type="text"/>	Laboral <input type="text"/>

Aclaraciones que el responsable crea importantes

(en caso de tener estudios complementarios previos adjuntar informes u observaciones del médico tratante)

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)

No deseo recibir información

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		FONOAUDILOGÍA		OFTALMOLOGÍA				
Necesita Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Sello y firma Profesional</i>	Necesita Tratamiento Fonoaudiológico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Sello y Firma</i>	Visión lejana <small>Sin corrección Con corrección</small>		Visión cercana		
		ORL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		OD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ambos ojos <input type="text"/>	
				OI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Visión Cromática <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Obs:		Obs:				
Estudios complementarios sugeridos EcoCardio <input type="checkbox"/> EcoDoppler <input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> _____								
CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA								
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 ____								
OBSERVACIONES / NOVEDADES MÉDICAS DURANTE EL CICLO LECTIVO								
_____ _____ _____ _____								

SIS-1912002