

# FICHA MEDICA - Inst. N. S. del Carmen Lomas de Zamora

Nombre/s y Apellido/s			Edad
D.N.I. N°	Teléfono	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

#### 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 indique a cuales es alergico		
TRAUMATISMO DE CRANEO	SI	NO
Con perdida de conocimiento	SI	NO
FRACTURAS	SI	NO
En caso afirmativo indique cual		
EPILEPSIA O DIRRITMIA	SI	NO
En caso afirmativo indique cual		
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	SI	NO
En caso afirmativo indique cual		
LESIONES DEPORTIVAS	SI	NO
En caso afirmativo indique cual		
MEDICACION DE USO HABITUAL Y CAUSA		
En caso afirmativo indique 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 .....

### 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

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

con Documento Nacional de Identidad N°

se encuentra APTO / NO APTO en condiciones psicofísicas

para desarrollar actividades deportivas escolares.

OBSERVACIONES: .....

.....

.....

Firma y Sello (Matrícula)