

**ESCUELA MODELO DEVON**  
**FICHA MÉDICA INSTITUCIONAL**



**1º Parte (a completar por los responsables parentales)**

Nombre y Apellido: ..... Curso: ..... Nivel: .....  
 Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... DNI N°: .....  
 Dirección: ..... Localidad: .....  
 Teléfono: ..... Obra Social: ..... N° Afiliado: .....  
 Nombre y apellido responsable parental 1: ..... Tel: .....  
 Nombre y apellido responsable parental 2: ..... Tel: .....  
 En caso de urgencia avisar a:  
 Nombre: ..... Parentesco: ..... Tel: .....  
 Nombre: ..... Parentesco: ..... Tel: .....

**Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades (tachar lo que no corresponda y/o completar)**

<b>1.RESPIRATORIAS</b>	Asma	SI	NO	<b>3.RENAL</b>	Infección urinaria	SI	NO	
	Bronquitis	SI	NO		<b>4.METABÓLICA</b>	Otras		
	Neumonía	SI	NO			<b>5.DIGESTIVA</b>	Especificar:	
	Anginas	SI	NO	Diabetes			SI	NO
	Tuberculosis	SI	NO					
	Otras							
<b>2.CARDIOVASCULAR</b>	Taquicardia	SI	NO	<b>6. ALERGIAS</b>		SI	NO	
	Hipertensión arterial	SI	NO		Especificar:			
	Palpitaciones	SI	NO	<b>7. S.N.C.</b>	Convulsiones	SI	NO	
	Dolor de pecho	SI	NO		Epilepsia	SI	NO	
	Otras				Otras			
<b>8. Otras enfermedades actuales:</b>								
<b>9. Enfermedades padecidas anteriormente:</b>								
<b>10. Intervenciones quirúrgicas:</b>								
<b>11. Toma alguna medicación:</b>	SI	NO	Especificar:					
<b>12. Tiene alguna limitación física:</b>	SI	NO	Aclaración:					

13. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesaria deban conocer los profesionales médicos y personal docente a cargo: .....

Certifico que lo informado es correcto y autorizo a (*nombre y apellido del estudiante*) .....  
 a efectuar actividades curriculares y extracurriculares: físicas, recreativas, deportivas y/o salidas educativas, con esfuerzo cardiovasculares y respiratorios de acuerdo a su edad y sexo. Autorizamos también a actuar según lo dispongan los profesionales médicos que procedan en el momento que fuera necesario.

Firma del responsable parental: ..... Aclaración: ..... Fecha: .....



**ESCUELA MODELO DEVON**  
**FICHA MÉDICA INSTITUCIONAL**

**2º Parte CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA (a completar por el médico )**

**Tachar lo que no corresponda y/o completar.**

<b>1. ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	Diabetes	SI	NO
	Hipertensión	SI	NO
	Muerte súbita en 1er grado	SI	NO
	Otras		
<b>2. EXAMEN FÍSICO</b>	PESO	TALLA	
<b>3. GRUPO SANGUÍNEO / FACTOR:</b>			
<b>4. EXAMEN CARDIOVASCULAR</b>	Auscultación		
	Palpación choque de punta		
	Toma T. A.		
	Palpación pulsos periféricos		
<b>5. EXAMEN RESPIRATORIO</b>	FR	Auscultación	
<b>6. EXAMEN OSTEOARTICULAR</b>	Alteraciones posturales		
	Desviación de columna		
	Extremidades sup/inf		
	Bóveda plantar		
<b>7. EXAMEN ABDOMINAL</b>	Descartar visceromegalias / hernias		
<b>8. EXAMEN SISTEMA NERVIOSO</b>	Marcha	Valoración de lateralidad	
	Prueba equilibrio y coordinación	Agudeza visual	
	Reflejos tendinosos	Agudeza auditiva	

En caso de que el criterio médico lo indique dejar constancia de indicaciones: .....

Certifico que a pedido del responsable parental y para ser presentado ante las autoridades escolares el estudiante (nombre y apellido del estudiante)....., cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente el día de la fecha, encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares curriculares y extracurriculares, incluidas las propias de la educación física escolar que corresponden a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo. **Tiene a la fecha Plan de Vacunación obligatorio completo de acuerdo a su edad y sexo.**

**Firma del Médico:** ..... **Aclaración / Sello:**..... **Fecha:** .....

**3º PARTE CERTIFICADO BUCODENTAL (a completar por el ODONTÓLOGO)**

**Certifico que el estado dental de** (nombre y apellido del estudiante)..... **es**.....  
**Firma del Odontólogo:** ..... **Aclaración / Sello:**..... **Fecha:** .....