

ESCUELA MODELO DEVON
FICHA MÉDICA INSTITUCIONAL



1º Parte (a completar por los responsables parentales)

Nombre y Apellido: Curso: Nivel:
 Fecha de Nacimiento: / / DNI Nº:

Dirección: Localidad:

Teléfono: Obra Social: Nº 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)

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

1. ANTECEDENTES FAMILIARES	Diabetes	SI	NO
	Hipertensión	SI	NO
	Muerte súbita en 1er grado	SI	NO
	Otras		
2. EXAMEN FÍSICO	PESO	TALLA	
3. GRUPO SANGUÍNEO / FACTOR:			
4. EXAMEN CARDIOVASCULAR	Auscultación		
	Palpación choque de punta		
	Toma T. A.		
	Palpación pulsos periféricos		
5. EXAMEN RESPIRATORIO	FR	Auscultación	
6. EXAMEN OSTEOARTICULAR	Alteraciones posturales		
	Desviación de columna		
	Extremidades sup/inf		
	Bóveda plantar		
7. EXAMEN ABDOMINAL	Descartar visceromegalias / hernias		
8. EXAMEN SISTEMA NERVIOSO	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 ODONTOLOGO)

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