



ESCUELA ARGENTINA GENERAL BELGRANO
Incorporado a la Enseñanza Oficial A-313

Departamento de Ed. Física – Ficha Médica Año 2.....

Apellido y Nombre:
Curso / Año : Edad: Fecha de nacimiento:
D.N.I.: Teléfono:.....
Domicilio:
Cobertura Médica: N° de asociado: Tel.:
Apellido y Nombre del pediatra particular:
Domicilio: Teléfono:.....

EN CASO DE URGENCIA MÉDICA AVISAR A:

1-) Apellido y Nombre: Parentesco:
Domicilio: Tel.:
2-) Apellido y Nombre: Parentesco:
Domicilio: Tel.:

VACUNAS: Adjuntar fotocopia del carnet de vacunas.

Antecedentes personales: marque lo que corresponda

	SÍ	NO		SÍ	NO
Problemas cardíacos			Afecciones auditivas		
Presión arterial alta			Afecciones oculares		
Obesidad			Usa anteojos o lentes de contacto		
Asma bronquial			Cirugías		
Broncoespasmo a repetición			Fracturas, luxaciones		
Dificultad para respirar			Situación particular en huesos o articulaciones		
Pérdida de la conciencia			Internaciones		
Convulsiones			Afecciones en la piel		
<u>En relación al ejercicio ha padecido alguna vez:</u>			Enfermedades infecciosas en últimos 3 meses		
Desmayos			Alergia a medicamentos		
Mareos			Alergia a comidas		
Mayor cansancio			Otras alergias		
Dolor en el pecho			Medicación habitual		
Palpitaciones			Afecciones sanguíneas		

De las respuestas afirmativas se solicita especificar la situación:
.....
.....

Alguna condición de salud que considere conveniente que la institución deba conocer para su mejor cuidado:

.....
PESO: TALLA:GRUPO Y FACTOR SANGUINEO:

Examen Clínico (Hallazgos a destacar marcar con una (X))

- | | | |
|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 1. CABEZA Y CUELLO | 4. CORAZÓN | 7. MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR |
| 2. BOCA Y FARINGE (caries) | 5. ABDOMEN | 8. COLUMNA VERTEBRAL |
| 3. PULMONES | 6. SIST. GENITOURINARIO | 9. NEUROLÓGICO |

Descripción de datos clínicos de relevancia del código correspondiente:

.....
.....

En caso de resultar necesario informar inmediatamente al respecto para mantener actualizada la ficha médica.

Certifico que: ha completado su control médico y se encuentra apto para asistir a la escuela y realizar actividad física acorde a su edad.

.....

Firma Padre / Madre / Tutor
ACLARACIÓN Y D.N.I.

.....

Firma - Sello y Matrícula Médico
Dirección y Tel. Consultorio