



+FICHA MÉDICA CICLO LECTIVO 2022

APELLIDO y NOMBRE DEL ALUMNO:.....
 DNI N°: FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD.....
 TELÉFONO/S: LOCALIDAD:
 DOMICILIO:..... GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR:
 SERVICIO DE EMERGENCIA: OBRA SOCIAL:

Examen Físico

CURSO:..... DIVISIÓN: MODALIDAD:.....

Fecha			Edad		Peso KG	Talla CM	IMC	T. ART		Escolaridad		
Día	Mes	Año	Años	Meses				MAX	MIN			
Dificultad de aprendizaje					Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Problema de conducta				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Vacunación			Está completo		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Vacunas faltantes					
Oftalmología						Fonoaudiología						
(No se requiere evaluación por especialista)						(No se requiere evaluación por especialista)						
Estrabismo		Test de Snellen				Test realizado		Hipoacusia		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Usa lentes		Agudeza Izquierda		Agudeza Derecha		Tato <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		Trast. Fonación		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
		[] /10		[] /10		Resultado		Otros Trast. de la comunicación		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Derivación		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Derivación		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
Antecedentes relevantes				Medicación prolongada								
Examen Físico						Normal <input type="radio"/> Apto educación física <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
Piel y Faneras	Cardiovascular	Respiratorio	Genioturinario	Abdomen	Osteoarticular	Neurologico						
Impétigo	Soplo Benigno	Inf. Respiración alta.	Infección vías urinarias.	Hernia abdominal	Escoliosis	Retraso Mental						
Dermatitis atópica	Soplo Patologico	Inf. Respiración baja.	Ectopia testicular	Hernia inguinal	Alteraciones de la marcha	Transtornos de desarrollo						
Otras Dermatitis	Arritmia	E.P.O.C	Hidrocele	Hepatomegalia	Pie Plano	Convulsiones						
Transtornos de la pigmentación	Otros	Asma	Alteraciones en el estadio de Tanner	Esplenomegalia	Otros	Parálisis cerebral						
Lesiones		Otros	Otros	Masa palpable		Otros						
Otras				Otros								
Observaciones Generales				Tanner Grado		Menarca/Espermarca: Años []						
				G [] /5		Información sexual Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
				V.P. [] /5		Trabaja Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
Derivación Especialidad												
APTO / NO APTO para realizar las actividades normales de AULA - TALLER - EDUCACIÓN FÍSICA				Firma médico		Nombre y Apellido		Sello				

- **ADJUNTAR CERTIFICADO BUCODENTAL EMITIDO POR ORGANISMOS PÚBLICOS O PRIVADOS (privados deben estar estampillados).**