



+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"/>			Vacunas faltantes					
Oftalmología (No se requiere evaluación por especialista)					Fonoaudiología (No se requiere evaluación por especialista)						
Estrabismo			Test de Snellen			Test realizado		Hipoacusia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
			Agudeza Izquierda	Agudeza Derecha	Tato <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Trast. Fonación	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
Usa lentes			/10			Resultado		Otros Trast. de la comunicación	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
			/10			Normal <input type="radio"/> Anormal <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					Apto educación física					Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Piel y Faneras	Cardiovascular	Respiratorio	Genioturinario	Abdomen	Osteoarticular	Neurológico					
Impétigo	Soplo Benigno	Inf. Respiración alta.	Infección vías urinarias.	Hernia abdominal	Escoliosis	Retraso Mental					
Dermatitis atópica	Soplo Patológico	Inf. Respiración baja.	Ectopia testicular	Hernia inguinal	Alteraciones de la marcha	Trastornos de desarrollo					
Otras Dermatitis	Arritmia	E.P.O.C	Hidrocele	Hepatomegalia	Pie Plano	Convulsiones					
Trastornos 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 <input type="text"/>						
			G <input type="text"/> /5	V.P. <input type="text"/> /5	Información sexual Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
Derivación Especialidad					Trabaja Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
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).