



+FICHA MÉDICA CICLO LECTIVO 2023

**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"/>					
			Resultado		Otros Trast. de la comunicación	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
Usa lentes			<input type="checkbox"/> /10	<input type="checkbox"/> /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	Genitourinario	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="checkbox"/> /5	V.P. <input type="checkbox"/> /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).