



### +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: .....

CURSO:.....DIVISIÓN: .....MODALIDAD:.....

#### Examen Físico

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"/>											
<b>Vacunación</b>			Está completo		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Vacunas faltantes																
<b>Oftalmología</b>						(No se requiere evaluación por especialista)						<b>Fonoaudiología</b>						(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																	
<b>Examen Físico</b>						Normal						Apto educación física						Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
<b>Piel y Faneras</b>		<b>Cardiovascular</b>		<b>Respiratorio</b>		<b>Genioturinario</b>		<b>Abdomen</b>		<b>Osteoarticular</b>		<b>Neurologico</b>											
Impétigo		Soplo Benigno		Inf. Respiración alta.		Infección vias 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															
<b>Observaciones Generales</b>						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"/>								
<b>Derivación Especialidad</b>																							
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).**