



+FICHA MÉDICA CICLO LECTIVO 2025

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

- **Completar todos los datos**

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 | Varicocele | 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 | Información sexual | | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | | | | |
| | | | V.P. <input type="checkbox"/> /5 | Trabaja | | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | | | | |

APTO / NO APTO para realizar las actividades normales de AULA – TALLER – EDUCACIÓN FÍSICA

Firma del Médico

Sello