

FICHA MEDICA

Nombre y Apellido: Edad:

Obra Social..... Plan

Nació en parto normal SI/NO

VACUNACIONES

BCG	SI/NO
TRIPLE	SI/NO
ANTISARAMPIONOSA	SI/NO
DOBLE	SI/NO

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SARAMPIÓN	SI/NO
VARICELA	SI/NO
RUBEOLA	SI/NO
ESCARLATINA	SI/NO
COQUELUCHE (TOS CONVULSA)	SI/NO
PAROTIDITIS (PAPERAS)	SI/NO
OTRAS	
DIABETES	SI/NO
Tipo y Medicación	
HEPATITIS	SI/NO
ASMA	SI/NO

ENFERMEDADES ALERGICAS SI/NO
A cuáles, o a qué es alérgico?
.....

TRAUMATISMO DE CRANEO	SI/NO
.....	
Con perdida de Conocimiento	
FRACTURAS	SI/NO
En caso afirmativo indique cual	
.....	
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	SI/NO
En caso afirmativo indique cuál	
.....	
LESIONES DEPORTIVAS	
En caso afirmativo indique cuál	
.....	

EPILEPSIA O DITRRITMIA SI/NO
En caso afirmativo indique cuál
.....

MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL Y CAUSA
.....

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

.....
Lugar de Nacimiento

EN CASO DE EXTREMA NECESIDAD DERIVAR AL SANATORIO

Domicilio Localidad Tel

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: (Colocar tres alternativas)

1. APELLIDO Y NOMBRE:Tel.: Tel.:
2. APELLIDO Y NOMBRE:Tel.: Tel.:

AUTORIZO AL PERSONAL DEL INSTITUTO A TRASLADAR AL SANATORIO ANTES MENCIONADO ANTE UNA EVENTUALIDAD QUE REQUIERA ATENCIÓN

FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR.....ACLARACION.....

Ciudad Autónoma de Bs. As., de de 201

TE. (Particular)
TE. (Alternativo)
LocalidadCP
E-mail

A COMPLETAR POR EL MEDICO
EXAMEN APTO FÍSICO

SEMIOLOGIA (Consigne datos positivos)

Aparato Respiratorio
..... SI/NO
.....

Aparato Cardiocirculatorio

Pulso Tensión
Auscultación
.....
Aparato Digestivo

.....
Hernias
Osteoarticular
Postura
Pie (Plano, cavo, talo, vago).....
Columna
Otras
.....
Dermopatías SI/NO

EXAMEN OFTALMOLOGICO

Usa anteojosSI/NO
Otros datos a consignar
.....

EXAMEN BUCODENTAL

Faltan piezas dentarias SI/NO
Caries SI/NO

NOTA: En caso de observar algún dato positivo resultante de la revisión clínica que no figuren en la planilla describalo a continuación

.....
.....

FIRMA DEL MEDICO

SELLO Y MATRICULA