

FICHA MÉDICA CLÍNICA - ANEXO CARDIOLOGÍA - AÑO 2014



Incorporada a la Enseñanza Oficial – Resolución 188/1981

Colón 352 – Tel/Fax: (0280) 4451334 – (9120) Puerto Madryn – Chubut

e-mail: secretariaprimaria@escueladelacosta.org.ar / secretariasecundaria@escueladelacosta.org.ar

Nivel: <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria	Año/Grado/Sala: <input type="radio"/> Sala 3 <input type="radio"/> 1ero <input type="radio"/> 4to <input type="radio"/> Sala 4 <input type="radio"/> 2do <input type="radio"/> 5to <input type="radio"/> Sala 5 <input type="radio"/> 3ero <input type="radio"/> 6to	Sección o Turno: <input type="radio"/> Turno Mañana <input type="radio"/> Turno Tarde <input type="radio"/> Verde <input type="radio"/> Naranja <input type="radio"/> 1era <input type="radio"/> 2da	Fecha de entrega en Secretaría
--	--	--	---------------------------------------

DATOS DEL ALUMNO/A

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

Documento: Tipo: _____ Nro: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Teléfonos en caso de emergencia: _____

INFORMACIÓN MÉDICO-CARDIOLÓGICA

Obra Social: _____ Credencial nro: _____

Médico cardiólogo: _____ Teléfono: _____

Datos Clínicos del Alumno/a: Edad a la consulta: ____ años ____ meses.

Grupo sanguíneo: ____ Factor RH: ____ Peso(kg): _____ Talla(cm): _____

Auscultación cardíaca: R1: _____ R2: _____ R3: _____ R4: _____

TA MSD sentada: ____ / ____ mmHg TA MSI sentada: ____ / ____ mmHg

TA MSD de pie: ____ / ____ mmHg TA MSI de pie: ____ / ____ mmHg

Pulsos carotídeos: 0 + ++ +++ ++++ Soplos carotídeos: SI NO

Pulsos periféricos: 0 + ++ +++ ++++ Auscultación pulmonar: _____

ECG: (Adjuntar informe del cardiólogo)

Comentarios: _____

Conclusiones: _____

Tratamientos: _____

Se autoriza a hacer ejercicio físico y entrenamiento en actividades deportivas y gimnásticas: SI NO

Firma de Profesional Médico Responsable

Sello de Profesional Médico Responsable

Firma del Responsable (Padre / Madre / Tutor)

Aclaración / Nro Documento