

# FICHA MÉDICA CLÍNICA - ANEXO CARDIOLOGÍA - AÑO 2015



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

<b>Nivel:</b> <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria	<b>Año/Grado/Sala:</b> <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	<b>Sección o Turno:</b> <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	<b>Fecha de entrega en Secretaría</b>
--	--	--	---------------------------------------

## 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