

# FICHA MÉDICA CLÍNICA - 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](mailto:secretariaprimaria@escueladelacosta.org.ar) / [secretariasecundaria@escueladelacosta.org.ar](mailto: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-CLÍNICA

Obra Social: \_\_\_\_\_ Credencial nro: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos Clínicos del Alumno/a:** Edad a la consulta: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses.

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor RH: \_\_\_\_\_ Peso(kg): \_\_\_\_\_ Talla(cm): \_\_\_\_\_ PA(mmHG): \_\_\_\_\_

Enfermedades importantes que haya padecido: \_\_\_\_\_

Enfermedades/Patologías importantes que padece:

Cardiopatías:  SI  NO      Diabetes:  SI  NO      Nefropatías:  SI  NO

Asma Bronquial:  SI  NO      Convulsiones:  SI  NO      Epilepsias:  SI  NO

COLUMNA: Escoliosis:  SI  NO      Lordosis:  SI  NO      Cifosis:  SI  NO

ALERGIAS: Medicamentos:  SI  NO      Cuál? \_\_\_\_\_

                  Alimentarias:  SI  NO      Cuál? \_\_\_\_\_

                  Otras Alergias:  SI  NO      Cuál? \_\_\_\_\_

Otros datos clínicos (enfermedades, problemas visuales, auditivos, motrices, lingüísticos, respiratorios, digestivos, etc.): \_\_\_\_\_

Tratamientos: \_\_\_\_\_

EL/LA ALUMNO/A ES APTO/A PARA LA PRÁCTICA DE EDUCACIÓN FÍSICA  SI  NO  
 (NOTA: Los alumnos del nivel secundario **deben** completar ficha médica cardiológica anexa)

\_\_\_\_\_  
 Firma de Profesional Médico Responsable

\_\_\_\_\_  
 Sello de Profesional Médico Responsable

## AUTORIZACIÓN PARA MEDICACIÓN

La Escuela no administrará medicamento alguno salvo expresa autorización del responsable (Padre, Madre o Tutor).

SI  NO Autorizo a administrar a mi hijo/hija la siguiente medicación (indicar en forma legible nombre comercial o droga genérica, adjuntar receta o indicación del médico y proveer la medicación necesaria):

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
 Firma del Responsable (Padre / Madre / Tutor)

\_\_\_\_\_  
 Aclaración / Nro Documento