



**FECHA DE ENTREGA: Abril 2013**

**ESCUELA DE LA COSTA**

**FICHA MÉDICA CLÍNICA**

**DATOS DEL ALUMNO / A**

**Apellido y Nombres**.....

**Fecha de Nacimiento**...../...../.....

**Edad:** .....años..... meses

**Documento de identidad: Tipo: DNI/CI N°**

**INFORMACIÓN MÉDICA**

**Médico de cabecera**.....**Teléfono**.....

**Peso:**

**Talla:**

**Presión arterial:**

**Enfermedades importantes que haya padecido:**.....

.....

**Enfermedades importantes que padece:**

Cardiopatías SI / NO Diabetes: SI / NO Convulsiones: SI / NO

Asma bronquial SI / NO Epilepsia: SI / NO Nefropatía: SI / NO

Columna: Escoliosis SI / NO Lordosis SI / NO Sifosis: SI / NO

Otras (Especificar).....

**Alergias:**

**Antibióticos** SI / NO **Analgésicos** SI / NO **Anestésicos** SI / NO

**Tratamiento que realiza:**.....

**FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE:**

**Autorizo a que si mi hijo/hija lo requiere, se le suministre medicación:**

ANALGÉSICA SI / NO

ANTIESPASMÓDICA SI / NO

**FIRMA DEL ADULTO RESPONSABLE:**



## ESCUELA DE LA COSTA

### FICHA MÉDICA - ANEXO CARDIOLOGÍA

#### DATOS DEL ALUMNO / A

Apellido y Nombres.....

Fecha de Nacimiento...../...../.....

Edad: .....años..... meses

Documento de identidad:    Tipo: DNI/CI    N°

Médico Cardiólogo.....Teléfono.....

#### EXAMEN FÍSICO

Auscultación cardíaca: R1      R2      R3      R4

Pulsos periféricos:

TA MSD sentada: --- --/-- --- mmHg      TA MSI sentada:-- -- --/-- --- mm Hg

TA MSD de pie: --- --/-- --- mmHg      TA MSI de pie:-- -- --/-- --- mm Hg

Pulsos carotídeos:

Soplos carotídeos: Si      No

Auscultación pulmonar:

#### ECG

Adjuntar informe del cardiólogo

Comentarios-----

Conclusiones-----

Tratamiento que realiza:.....

**SE AUTORIZA A HACER EJERCICIO FÍSICO Y ENTRENAMIENTO EN  
ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y GIMNÁSTICAS: SI/NO**

**FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE:**

**FIRMA DEL ADULTO RESPONSABLE:**