

FICHA MÉDICA CLÍNICA - CICLO LECTIVO _____



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-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

FICHA MÉDICA CLÍNICA - ANEXO CARDIOLOGÍA - CICLO LECTIVO _____



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