

FICHA MÉDICA CLÍNICA - 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-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