



FICHA MÉDICA 1ER GRADO

APELLIDO y NOMBRES DEL ALUMNO/ A	DNI	Fecha de nac.
TELÉFONOS DE EMERGENCIA	Referente del teléfono	

SE ATIENDE HABITUALMENTE EN:

Obra Social / Prepaga _____ N° socio _____

Hospital público/ Centro de salud _____

Prof. Particular _____

VACUNAS Completas () / Incompletas ()

PESO _____ **TALLA** _____ **PRESIÓN ARTERIAL** _____

PAUTAS EVOLUTIVAS ACORDES A LA EDAD CRONOLÓGICA NO - SÍ

Indicaciones

EVALUACIONES	NORMAL	PATOLÓGÍA - Observaciones / Indicaciones
Cardiovascular		
Respiratoria		
Digestivo		
Neurológica		
Ortopédica		
Genital		
Dermatológica		
Nutricional		
Psicológica		

EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

Normal	Patológico	Tratamiento
--------	------------	-------------

Fecha ____ / ____ / ____

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE:

EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA

Barrido tonal o audiometría	Normal	Patológico	Tratamiento
Lenguaje, habla y/o comunicación	Normal	Patológico	Tratamiento

Fecha ____ / ____ / ____

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE:

EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA

Normal	Patológico	Tratamiento
--------	------------	-------------

Fecha ____ / ____ / ____

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE:

ANTECEDENTES MÉDICOS RELEVANTES

Diabetes	Enferm. Cardíaca	Hernia	Convulsiones	Asma
Sinusitis /Adenoiditis/ Otitis	Celiaquía	Hemofilia	Otras	Otras

ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA

Sarampión	Mononucleosis infecciosa	Hepatitis	Parotiditis	Tuberculosis
Varicela	Eruptivas infecciosas ¿Cuál/es?	Otras	Otras	

TRATAMIENTOS

Patología: _____ Desde: _____
Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Patología: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
Medicamento: _____

Psicología_ Desde: _____ Frecuencia: _____
Psicopedagogía_ Desde: _____ Frecuencia: _____
Fonoaudiología_ Desde: _____ Frecuencia: _____

INTERVENCIONES QUIRURGICAS (aclarar mes y año)

Apendicitis Amigdalitis Hernia Otras

ES ALERGICO A: (aclarar cuál)

Comidas

Medicamentos

Picaduras

Otros

Declaramos que los datos que hemos proporcionado son verídicos

FECHA: / / 2023

✓ **Firma y sello del profesional responsable:**

✓ **Firma y aclaración del padre/madre:**



COLEGIO MARISTA "LA INMACULADA" NIVEL PRIMARIO 2023

APTO FÍSICO

Buenos Aires, de de 2023

Certifico haber examinado a:

.....DNI.....

Quien se encuentra en condiciones de salud apropiadas para realizar actividades físicas de iniciación al deporte y de tipo recreativas, acordes a su edad, sexo y estado madurativo.

Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Marista "La Inmaculada" Nivel Primario (A- 204)

.....

Firma del Profesional

.....

Sello aclaratorio y N° de matrícula