



FICHA MÉDICA SALA DE 4 AÑOS

APELLIDO y NOMBRES DEL / LA NIÑO/A	DNI
TELÉFONO DE EMERGENCIA	Fecha de nacimiento

SE ATIENDE HABITUALMENTE EN:

Obra Social ¿Cuál? _____ Nº socio _____

Hospital público/ Centro de salud ¿Cuál? _____

Prof. Particular _____

VACUNAS	Completas ()	Incompletas ()
PESO	_____ kg	Normal () Patológico ()
TALLA	_____	Normal () Patológico ()
TENSIÓN ARTERIAL	____ / ____	Normal () Patológico ()

PAUTAS EVOLUTIVAS acordes a la edad cronológica	NO – Sí
Indicaciones sugeridas:	

EVALUACIONES	NORMAL	PATOLOGÍA / ANTECEDENTES
Eval. cardiovascular		
Eval. respiratoria		
Eval del aparato digestivo		
Eval. neurológica		
Eval. ortopédica		
Eval. genital		
Eval. dermatológica		
Eval nutricional		

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	Otras	Otras	Otras

TRATAMIENTOS ACTUALES**MEDICAMENTOS** Frecuencia Continúa tomándolo?: **TERAPÉUTICOS** ¿Cuáles?

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

¿Cuál/es?, aclarar mes y año

ALERGIAS

Comidas Medicamentos Antibióticos Picaduras Otros

Declaramos que los datos que hemos proporcionado son verídicos

FECHA: / / 2024

Firma, aclaración y N° de matrícula
del profesional responsable

Firma y aclaración del padre/madre/tutor

APTO FÍSICO EN LA PRÓXIMA PÁGINA – IMPRIMIR POR SEPARADO



APTO FÍSICO - SALA DE 4 AÑOS

CABA: / / 2024

Certifico haber examinado a:

.....DNI.....

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

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

Firma del Profesional / Sello aclaratorio y N° de matrícula