



¿Cómo completar la ficha médica escolar?

Los invitamos a ver este video de la empresa Sistem Life. Contiene información sobre cómo se completa la ficha médica, qué datos debe tener y cuáles son los pasos a seguir para realizar un apto físico responsable.

<https://youtu.be/bleRC2Rknf0>

Podrán encontrar la ficha para imprimir en la página siguiente.



FICHA MÉDICA DEL ALUMNO

DATOS DEL ALUMNO Nombre y Apellido _____

Fecha / /

DNI N°

Fecha de nacimiento / /

Sexo M F Edad Grupo Sanguíneo A B O Factor RH + -

Obra social/Prepaga _____

N° Afiliado _____

Plan _____

Tel.: _____

Escuela: _____

Grado/Año _____

División _____

Turno _____

ANTECEDENTES PERSONALES

¿Presenta plan de vacunación acorde a su edad? SI NO

¿Presentó alguna anomalía al nacimiento? SI NO ¿Cuáles? _____

¿Está aún bajo tratamiento? SI NO Detalle _____

¿Lo operaron alguna vez? SI NO ¿De qué? _____

¿Sufrió algún accidente? SI NO Causa _____ Tipo de lesión _____ Secuela _____

¿Presentó traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento? SI NO Lesiones deportivas SI NO Detalle _____

¿En caso de fiebre autoriza SI NO a la Clínica Médica de la institución a administrar el siguiente medicamento: _____

¿Padece o padeció alteración en la postura? detalle _____ Es alérgico a: Medicamentos SI NO Detalle _____ Alimentos SI NO Detalle _____

pie plano SI NO cavo SI NO talo SI NO vago SI NO Otros SI NO Detalle _____ Dermopatías SI NO Detalle _____

Padece/ció de	-Sarampión <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	-Cardiopatías <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO _____	-Hipertensión Arterial <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
-Escarlatina <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	-Epilepsia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	-Hepatitis <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO _____	-Fiebre reumática <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	-Asma <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
-Varicela <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	-Diabetes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	-Fracturas <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO _____	-Mononucleosis <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	-Soplo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
-Migraña <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	-Convulsiones <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	-Rubeola <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	

¿Tuvo algún episodio de muerte súbita? SI NO Otros SI NO Detalle _____

Esta tomando medicación/es SI NO Cuales? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS ¿Algunos de los padres y/o hermanos padeció? Desconoce SI NO

Hipercolesterolemia SI NO Diabetes SI NO Enfermedad Coronaria SI NO Depresión SI NO Muerte súbita SI NO

Hipertensión arterial SI NO Epilepsia SI NO Enfermedad Renal SI NO Obesidad SI NO Otros SI NO Detalle _____

Lugar de traslado más cercano correspondiente a su OS/Prepaga: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Tel _____ Cel _____ Laboral _____

Tel _____ Cel _____ Laboral _____

Aclaraciones que el responsable crea importantes

(en caso de tener estudios complementarios previos adjuntar informes u observaciones del médico tratante)

Certifico la veracidad de los datos consignados y autorizo a mi hijo/a a realizar actividad física y a trasladar al alumno en caso que el médico lo crea conveniente a un centro asistencial.

@
Email de la persona responsable (m.prenta minúscula clara)

No deseo recibir información

Firma y aclaración

SIGNOS VITALES				INFORMACIÓN NUTRICIONAL				
FC <input type="text"/>	FR <input type="text"/>	TA <input type="text"/>	Sello y firma Profesional	Peso <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Peso bajo para la talla	Sello y Firma Profesional		
R1 <input type="checkbox"/>	R2 <input type="checkbox"/>	Soplos <input type="checkbox"/>		Talla <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Peso normal para la talla			
R3 <input type="checkbox"/>	R4 <input type="checkbox"/>	Pulsos Periféricos <input type="checkbox"/>		IMC <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Se sugiere control nutricional			
				Obs:				
ODONTOLOGÍA		FONOAUDIOLOGÍA		OFTALMOLOGÍA				
Necesita Tratamiento	Sello y firma Profesional	Necesita Tratamiento Fonoaudiológico	Sello y Firma	Visión lejana		Visión cercana		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sin corrección	Con corrección	Ambos ojos <input type="text"/>		Sello y Firma Profesional
		ORL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		OD		OI	Visión Cromática <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Obs:		Obs:				
Estudios complementarios sugeridos EcoCardio <input type="checkbox"/> EcoDoppler <input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> _____								

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Certifico por la presente que en el día de la fecha el niño/a cuya historia clínica queda en mi poder, se encuentra apto para realizar actividad física recreativa o deportiva de acuerdo a su edad y sexo, dentro del ámbito escolar.

Ciudad: _____
 Fecha: _____ de _____ de 20__

Firma y sello médico:

OBSERVACIONES / NOVEDADES MÉDICAS DURANTE EL CICLO LECTIVO
