

FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO				Legajo:	
APELLIDO		NOMBRE		D.N.I	
FDN:	/ /	Grupo Sanguineo:		Factor	
Domicilio			Tel Particular:		
Localidad:			Tel Celular:		
Obra Social:			Nº Afiliado:		
Nombre de Padre/Madre/Tutor:			D.N.I		
Domicilio:			Tel Particular:		
			Tel Celular:		

HISTORIA CLINICA (*)							
MARCAR CON UNA X AQUELLAS OPCIONES POSITIVAS Y ACLARAR AL DORSO JUNTO CON NUMERO DE OPCION							
1		ENFERMEADES CONGENITAS	18		PAPERAS		
2		TRAUMATISMOS	19		SARAMPION		
3		OPERACIONES	20		ENFERMEADES DIGESTIVAS		
4		GOLPES FUERTES	21		HEPATITIS- ENF. DEL HIGADO		
5		LESIONES ARTICULARES	22		ENFERMEADES RENALES		
6		FRACTURAS-ESGUINCES	23		INFECCIONES URINARIAS		
7		ENFERMEADES DE LOS HUESOS	24		ENFERMEADES DE GENITALES		
8		ENFERMEADES MUSCULARES	25		ENFERMEADES NEUROLOGICAS		
9		FIEBRE REUMATICA	26		DOLORES DE CABEZA-MAREOS		
10		ARTRITIS-ARTROSIS	27		CONVULSIONES-EPILEPSIA		
11		ENFERMEADES RESPIRATORIAS	28		PERDIDA DE CONOCIMIENTO		
12		ENFERMEADES ARTICULARES	29		DESHIDRATACION		
13		SINUSITIS-OTITIS-ANGINAS	30		ENFERMEADES PSIQUIATRICAS		
14		ASMA	31		DIABETES		
15		NEUMONIA-BRONCONEUMONIA	32		CHAGAS		
16		VARICELA	33		SOPLOS DEL CORAZON		
17		RUBEOLA	34		ENFERMEADES CARDIACAS		
					35		ENFERMEADES DE LA SANGRE
					36		ENFERMEADES DE GANGLIOS
					37		ENFERMEADES DE LA VISTA
					38		ENFERMEADES GLANDULARES
					39		INTERVENCIONES QUIRURGICAS
					40		HERIDAS
					41		ENFERMEADES DE LA PIEL
					42		ENFERMEADES AUDITIVAS
					43		INFECCIONES CRONICAS
					44		PSORIASIS
					45		CONSUME ALCOHOL
					46		CONSUME TABACO
					47		ENF. DE TRANSMISION SEXUAL
					48		RECIBIO TRANSFUSIONES
					49		RECIBIO HEMODIALISIS
					50		HIPERTENSION ARTERIAL
					51		TOMA MEDICACION

POR FAVOR ESPECIFICAR AL DORSO: Ej= 6 Tibia y Perone octubre 2008/**39** operado de adenoides julio 2004/

Es Alergico a:		CALENDARIO DE VACUNACION COMPLETO	
65		POLVO/POLLEN	
66		MEDICAMENTOS	
67		PLUMAS	
68		COMIDAS	
69		ANTIBIOTICOS	
70		PICADURAS DE INSECTOS	
71		OTROS (ESPECIFICAR)	

52 ☐ SI ☐ NO

ESPECIFICAR AL DORSO: Ej= 66 Penicilina /70 Abejas

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO			
VALORACION FUNCIONAL		E.C.G (Sugerido, No obligatorio)	
FRECUENCIA CARDIACA BASAL			
FRECUENCIA RESPIRATORIA BASAL			
TENSION ARTERIAL BASAL			
		Peso	
		Altura	
		Talla Sentado	
		IMC	

Dist. Entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto

EVALUACION CLINICA (*)					
53		CABEZA Y CUELLO	57		BOCA Y FARINGE
54		OJOS	58		NARIZ Y PULMONES
55		OIDOS	59		CORAZON
56		TOMA MEDICACION (ESPECIFICAR)	60		PULSOS PERIFERICOS
			61		ABDOMEN
			62		COLUMNA VERTEBRAL
			63		NEUROLOGICA
			64		COMENTARIOS DE IMPORTANCIA ?

CERTIFICO QUE.....DE.....AÑOS	
DE EDAD,CUYO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA SE ANEXA A LA PRESENTE, HA SIDO EXAMINADO CLINICAMENTE Y SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS COMPETITIVAS/TRABAJOS RURALES/ESFUERZOS FISICOS ACORDES A SU EDAD.	
(*) EN CASO DE MARCAR (X) ALGUNA OPCION POR FAVOR ACLARAR AL DORSO DE LA PAGINA ANTEPONIENDO EL NUMERO DE OPCION.	

FIRMA Y SELLO MEDICO	LUGAR, FECHA Y HORA
SEGUN MI LEAL CONSENTIMIENTO AUTORIZO AL C.A.R. O A QUIEN ESTE DESIGNE A TOMAR, SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA, LAS DECISIONES CONVENIENTES Y NECESARIAS EN MI AUSENCIA.	

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR	LUGAR, FECHA Y HORA
-------------------------	---------------------