



COLEGIO NUEVO DE LAS LOMAS

### FICHA MEDICA

(Última fecha de entrega: 31 de marzo)

Nombre y Apellido: ..... Fecha: .....

Fecha de nacimiento: ..... Edad: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Provincia: ..... Teléfono: .....

#### A LLENAR POR LOS PADRES

ANTECEDENTES DE LA INFANCIA  SI  NO

En caso de contestar NO, comente en forma resumida el problema.....

VACUNACIONES  SI  NO

BCG:    
Triple:    
Sabín:    
Antisarampionosa:    
Doble:    
Refuerzo de antitetánica:

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA  SI  NO

Sarampión:    
Varicela:    
Rubeola:    
Escarlatina:    
Coqueluche (tos convulsa)    
Parotiditis (Papera)    
Otras:.....

SI  NO  
Hepatitis:    
Enfermedades alérgicas:

En caso de contestar SI indique cuáles o a qué es alérgico.....

Traumatismo de cráneo  SI  NO  
con pérdida de conocimiento    
Fracturas

En caso de contestar SI indique cuál .....

SI  NO  
Intervenciones quirúrgicas

En caso de contestar SI indique cuál .....

Firma del Padre, Madre o Tutor:.....

Aclaración:.....

#### A LLENAR POR EL MEDICO

##### EXÁMEN FÍSICO

Talla.....  
Peso.....

##### SEMIOLOGÍA (consigne solo los datos positivos)

Aparato respiratorio:.....

Aparato digestivo:.....

Aparato cardiocirculatorio

Pulso:..... Tensión Arterial:.....

Auscultación:.....

##### Osteoarticular

Postura:.....

Pie: (plano, cavo, talo, valgo).....

Columna:.....

##### EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Usa anteojos:  SI  NO

Otros datos a consignar:.....

##### EXÁMEN BUCODENTAL

Faltan piezas dentarias:  SI  NO  
Caries:

NOTA: En caso de observar algún dato positivo resultante de la revisión clínica que no figure en la planilla, describalo a continuación.

**El alumno se encuentra apto para realizar clases de Ed. Física y competencias deportivas**

Firma del médico Responsable:.....

Aclaración (Sello, Matrícula) :.....