

Ficha Médica para el ingreso escolar en el Nivel de Educación Secundaria

Institución Educativa:.....

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento:..... Domicilio:

DNI N°: Edad:

Antecedentes personales del alumno/a (cirugías, internaciones, enfermedades crónicas, otras, etc.)

Antecedentes familiares.....

Presenta algún tipo de alergias: NO SI ¿cuáles?.....

Vacunas: Carnet completo Carnet Incompleto

Examen Físico:

Peso: Talla:

Estado Nutricional: Adecuado Bajo peso Sobrepeso

Examen cardiovascular:

Tensión Arterial: /

Examen Aparato Respiratorio:.....

Examen Abdominal:.....

Examen Osteoarticular: Normal

Patológico Maniobra de Adams positiva

Alteraciones de la marcha

Otros

Evaluación Madurativa

Estadio de Tanner: Menarca: Ritmo menstrual:

Examen Oftalmológico: Normal Patológico

Necesita anteojos

Firma y sello profesional oftalmólogo:..... Fecha:/...../.....

Examen odontológico:

Apto Odontológico Necesita tratamiento Odontológico

En caso de necesitar tratamiento odontológico puede ser realizado de manera gratuita en el CAPS, en varias sesiones, hasta lograr una boca sana.

Firma y Sello del profesional odontólogo:..... Fecha:/...../.....

Indicaciones:.....

Observaciones / Comentarios:.....

Firma y Sello del Médico:..... Fecha:/...../.....

Manifiesto que cualquier modificación en el estado de salud del alumno informado en la presente ficha de salud, será notificada a la institución educativa para su actualización en el legajo del alumno.

Firma del responsable parental:..... Fecha:...../...../.....



CERTIFICADO DE SALUD

Certifico que.....DNI N°.....de.....años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen, se encuentra **en condiciones de realizar educación física escolar habitual, que corresponda a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.**

Peso

Talla

Tensión Arterial

Carnet de vacunas completo para la edad SI NO

Indicaciones:.....

Observaciones/Comentarios:.....

.....
Firma y sello del médico

Fecha:/...../.....

IMPORTANTE. El presente certificado de salud deberá ser adjuntado a la ficha médica de ingreso escolar obrante en el legajo del alumno/a.