



**Instituto Nuestra Señora del Carmen**  
**FICHA MEDICA**

Nombre/s y Apellido/s \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 D.N.I. N° \_\_\_\_\_ Teléfono N° \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Obra Socia \_\_\_\_\_  
 Curso \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_\_

Centro de atención para traslado: .....  
 Pediatra (Apellido y Nombre): ..... Teléfono: .....

**A LLENAR POR LOS PADRES**

ANTECEDENTES DE LA INFANCIA	
NACIO DE PARTO NORMAL	SI NO
En caso de contestar NO comente en forma resumida el problema	

VACUNACIONES	
BCG	SI NO
TRIPLE	SI NO
ANTISARAMPIONOSA	SI NO
DOBLE	SI NO
REFUERZO ANTITETANICA	SI NO
ANTICOVID-19	SI NO

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA	
SARAMPION	SI NO
VARICELA	SI NO
RUBEOLA	SI NO
ESCARLATINA	SI NO
COQUELUCHE (TOS CONVULSA)	SI NO
PAROTIDITIS (PAPERAS)	SI NO
OTRAS (Indicar cuales)	

DIABETES	SI NO
Tipo y medicación	
HEPATITIS	SI NO
ASMA O ENFERMEDADES ALERGICAS	SI NO
En caso afirmativo indique a cuales es alergico	
TRAUMATISMO DE CRANEO	SI NO
Con perdida de conocimiento	SI NO
FRACTURAS	SI NO
En caso afirmativo indique cual	
EPILEPSIA O DIRRITMIA	SI NO
En caso afirmativo indique cual	
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	SI NO
En caso afirmativo indique cual	
LESIONES DEPORTIVAS	SI NO
En caso afirmativo indique cual	
MEDICACION DE USO HABITUAL Y CAUSA	
En caso afirmativo indique cual	
ANTECEDENTES FAMILIARES	

AUTORIZO a que mi hijo/a realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo, conforme a los lineamientos curriculares vigentes. Así mismo presto conformidad para que en caso de accidente, y de ser necesario traslado para su asistencia, el mismo se realice al centro asistencial más próximo ó al indicado precedentemente, dando aviso telefónico al Nro.: ..... e indicar: Apellido y nombre, domicilio, teléfono, de la persona que se haría cargo en caso de no localizar a los padres: .....

.....  
 FIRMA DE PADRE, MADRE O TUTOR

ACLARACION .....

LUGRA Y FECHA .....

Solicitamos por favor nos informen o actualicen, en caso que el alumno/a asista a algún tratamiento, con el fin de realizar un trabajo integral e interdisciplinario, ante las necesidades individuales de los mismos.  
 (Nombre y teléfono de contacto del Profesional)

Psicológico: .....  
 Psiquiátrico: .....  
 Psicopedagógico: .....  
 Fonoaudiólogo: .....  
 Otros: .....

**A LLENAR POR EL MEDICO**

EXAMEN FISICO	
<b>SEMIOLOGIA (consigne datos positivos)</b>	
<b>APARATO RESPIRATORIO</b>	
	SI NO
<b>APARATO CARDIO CIRCULATORIO</b>	
PULSO	TENSION
AUSCULTACION	
<b>APARATO DIGESTIVO</b>	
HERNIAS	
<b>OSTEOARTICULAR</b>	
POSTURA	
PIE (plano cavo talo vago)	
COLUMNA	
OTRAS	
DERMOPATIAS	SI NO
<b>EXAMEN OFTALMOLOGICO</b>	
USA ANTEOJOS	SI NO
OTROS DATOS A CONSIGNAR	
TEST DE AGUDEZA VISUAL	
<b>EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL</b>	
FALTAN PIEZAS DENTARIAS	SI NO
CARIES	SI NO
<b>MEDIDAS ANTROPOMETRICAS</b>	
TALLA	
TALLA S	
ENVERGADURA	
PESO	
<b>INTERCONSULTAS</b>	

**Revisación Médica** Fecha: / /  
 El alumno/a  
 que cursa actualmente el \_\_\_\_\_, con Documento  
 Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_ se encuentra APTO / NO APTO en  
 condiciones psicofísicas para desarrollar actividades deportivas escolares.  
 OBSERVACIONES: .....

.....  
 Firma y Sello (Matrícula)

También es preciso aclarar que toda la información declarada por los padres, tanto en las historias realizadas por el departamento médico, como las efectuadas en médicos públicos será responsabilidad de los mismos, como así también todo lo que se refiere a la revisión médica será responsabilidad exclusiva del departamento médico liberando de toda responsabilidad jurídica al Instituto Nuestra Señora del Carmen.