



# Instituto Nuestra Señora del Carmen

## FICHA MEDICA

Nombre/s y Apellido/s  
D.N.I. N°  
Dirección  
Curso

Teléfono N°

Turno

Obra Social

mail

Edad

Fecha de Nac

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

### A LLENAR POR LOS PADRES

|                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| <b>ANTECEDENTES DE LA INFANCIA</b>                            |       |
| NACIO DE PARTO NORMAL                                         | SI NO |
| En caso de contestar NO comente en forma resumida el problema |       |
|                                                               |       |

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| <b>VACUNACIONES</b>   |       |
| BCG                   | SI NO |
| TRIPLE                | SI NO |
| ANTISARAMPIONOSA      | SI NO |
| DOBLE                 | SI NO |
| REFUERZO ANTITETANICA | SI NO |
| ANTICOVID-19          | SI NO |

|                                                 |       |
|-------------------------------------------------|-------|
| <b>ENFERMEDADES DE LA INFANCIA</b>              |       |
| 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 .....

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.

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

|                                             |         |
|---------------------------------------------|---------|
| <b>EXAMEN FISICO</b>                        |         |
| <b>SEMILOGIA (consigne datos positivos)</b> |         |
| <b>APARATO RESPIRATORIO</b>                 |         |
|                                             | SI NO   |
| <b>APARATO CARDIO CIRCULATORIO</b>          |         |
| PULSO                                       | TENSION |
| AUSCULTACION                                |         |
|                                             |         |
| <b>APARATO DIGESTIVO</b>                    |         |
|                                             |         |
| <b>HERNIAS</b>                              |         |
|                                             |         |
| <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                                        |         |

### INTERCONSULTAS

|                                                                                                                                                                                      |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Revisación Médica</b>                                                                                                                                                             | Fecha:     /     / |
| El alumno/a<br>que cursa actualmente el<br>Nacional de Identidad N°<br>se encuentra APTO / NO APTO en<br>condiciones psicofísicas para desarrollar actividades deportivas escolares. |                    |
| OBSERVACIONES: .....                                                                                                                                                                 |                    |
|                                                                                                                                                                                      |                    |
|                                                                                                                                                                                      |                    |
| Firma y Sello (Matrícula)                                                                                                                                                            |                    |