FICHA MÉDICA CICLO LECTIVO 2017

Nombre y Apellido_____

DNI N°:_____

Edad:_____ **Estatura:**_____ **Peso:**_____ **Grupo Sanguíneo:**_____

Tildar los casilleros que correspondan y completar con más información si se pide detallar:

- **Antecedentes Infecciosos:**

☐ Varicela
☐ Rubeola
☐ Sarampión
☐ Fiebre urleona (paperas)
☐ Tos convulsa
☐ Escarlatina
☐ Hepatitis
☐ Fiebre reumática
☐ Meningitis
☐ Tuberculosis
☐ Chagas
☐ Parásitos
☐ Otros:

- **Antecedentes alérgicos**

☐ Alimentos (detallar)

_____

☐ Ambientales (detallar)

_____

☐ Medicamentosos (detallar)

- **Antecedentes Gastrointestinales**

☐ Diarreas frecuentes
☐ Constipación
☐ Gastritis
☐ Celíaco
☐ Otros:

_____

- **Antecedentes Respiratorios**

☐ Asma
☐ Bronquitis
☐ Neumonía
☐ Otros:

_____

- **Antecedentes Otorrrinolaringológicos:**

☐ Sangre por la nariz
☐ Problemas de oídos
☐ Angina
☐ Cirugía de amígdalas

- **Antecedentes Fonoaudiológicos:**

☐ Foniatría
☐ Otros:

_____

- **Antecedentes Artro-Musculares:**

☐ Fracturas (detallar)

_____

☐ Esguinces (detallar)

- **Antecedentes Hematológicos:**

☐ Transfusiones
☐ Anemia

□ Mononucleosis
□ Problemas de coagulación

❖ **Antecedentes Endocrinológicos:**

□ Diabetes
□ Hipotiroidismo
□ Hipertiroidismo

❖ **Antecedentes Psicológicos:**

□ Atención a la fecha
Causa:
_____
__
Profesional a Cargo (Consignar Tel.)
_____
__

❖ **Antecedentes Psicopedagógicos:**

□ Atención a la fecha
Causa:
_____
__

❖ **Antecedentes Oftalmológicos:**

□ Miopía
□ Astigmatismo
□ Hipermetropía
□ Usa anteojos
□ Usa lentes de contacto
□ Conjuntivitis frecuentes

❖ **Antecedentes Odontológicos**:

Tratamiento de ortodoncia:
□ Fijos
□ Movibles

❖ **Antecedentes neurológicos:**

□ Epilepsia
□ Convulsiones
□ Pérdidas de conocimiento
□ Cefaleas

❖ **Antecedentes Quirúrgicos**

Fecha Tipo de cirugía Institución

❖ **Antecedentes de Internaciones (NO quirúrgicos)**

Fecha Enfermedad Institución

❖ **Hábitos:**

□ **Dieta: ¿alguna restricción? Especificar**
_____
□ **Apetito:** poco □ normal □ aumentado □ variable □ **¿Come a horarios? SÍ NO**
□ **Sueño:¿**tiene pesadillas □, insomnio □, sonambulismo □, terrores nocturnos □, enuresis □**?**

❖ **Deportes:**

_____
Indicar actividades que el niño no debe realizar exclusivamente por prescripción médica:
_____
____

APTO FÍSICO MÉDICO PEDIATRA
Certifico haber examinado a
_____
DNI _____quien se encuentra en condiciones físicas para realizar

resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad. El presente
certificado es para ser presentado ante las autoridades del Instituto SUMMA (A-613)
Buenos Aires, ____ del mes de _____ de 2016

_____
Firma del Profesional, Aclaración y Matrícula
CERTIFICADO DE APTO CARDIOLÓGICO
Certifico haber examinado a

_____
DNI

_____
____
Diagnóstico:

_____
_____
_____
Buenos Aires, ____ del mes de _____ de 2016

_____
Firma del Profesional, Aclaración y Matrícula
CERTIFICADO OFTALMOLÓGICO
Certifico haber examinado a

_____
DNI

_____
____
Diagnóstico:_____
_____
_____
_____
Buenos Aires, ____ del mes de _____ de 2016

_____
Firma del Profesional, Aclaración y Matrícula
CERTIFICADO DE AUDIOMETRÍA
Certifico haber examinado a

_____
DNI

_____
____
Diagnóstico:_____
_____
_____
_____
Buenos Aires, ____ del mes de _____ de 2016

_____
Firma del Profesional, Aclaración y Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo me comprometo a mantenerlos

actualizados en caso de variar alguno de ellos. Sin la presentación del APTO FÍSICO no podrá realizar actividad física ni ser evaluado en el área.

…… ……

Firma del Padre /Tutor/Encargado Firma de la Madre /Tutora/Encargada

…… ……

Aclaración de Firma Aclaración de Firma

…… ……

DNI DNI