

COLEGIO PALERMO CHICO - FICHA MÉDICA CICLO LECTIVO 2020

DI-2019-328417-GCABA-DGEGP

Apellido y Nombre: Curso:

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

Sexo: D.N.I:

Médico / Pediatra de Familia: Tel:

Domicilio de los padres o responsables:

En caso de urgencia, avisar a: Tel:

Grupo sanguíneo: Factor Rh: 0.....

Estatura: cm Peso: Vacunación Completa (incluye HPV) SÍ – NO

Cobertura médica: Plan:

Socio N° Tel:

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

..... Dirección:

Teléfono:

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Encerrar con un círculo):

Cardiopatías	Diabetes	Sinusitis	Paperas
Asma	Meningitis	Hernias	Varicela
Celiaco	Reumatismo	Sarampión	Epilepsia
Tos convulsiva	Escarlatina	Bronquitis	Tuberculosis
Problemas neurológicos	Anomalías congénitas	Alteraciones emocionales	Arritmias/soplos
Alteración circulatoria	Vértigos/mareos	Hipertensión arterial	Hipercolesterolemia
Anomalías respiratorias	Anginas	Úlceras gastroduodenal	Obesidad
Alteraciones digestivas	Convulsiones	Alteraciones en la piel	Procesos inflamatorios
Procesos infecciosos	Dengue	Hepatitis	Mal de Chagas
Parotiditis			

En caso afirmativo, por favor especificar y fechar.

Otras (encerrar con un círculo la opción correcta): SÍ - NO

¿Cuáles?

ANTECEDENTES DE INTERÉS (encerrar con un círculo la opción correcta):

En caso afirmativo, por favor especificar y fechar.

Operaciones: SÍ - NO

¿Cuáles?

Traumatismos / fracturas: SÍ - NO

¿Cuáles?.....

¿Tiene problemas de coagulación? SÍ – NO

Evaluación auditiva. Normal: SÍ – NO

Internaciones: SÍ – NO

¿Por qué?.....

Agudeza visual. ¿Usa lentes? SÍ - NO

¿Es alérgico?: SÍ - NO

¿A qué?

¿Cómo lo evita?

MEDICAMENTOS: SÍ - NO

Motivos.....

Descripción:.....

Fecha de inicio del tratamiento:

Dosis:.....

Administración:.....

Alteraciones en la estructura muscular y osteoarticular (encerrar con un círculo la opción correcta):

En caso afirmativo, por favor especificar y fechar.

Luxaciones: SÍ – NO **Esguinces:** SÍ – NO **Lesiones ligamentosas:** SÍ – NO
Lesiones musculares o tendinosas: SÍ – NO **Correcta organización columna vertebral:** SÍ – NO

Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez (encerrar con un círculo la opción correcta):

Cefaleas: SÍ – NO **Dolor en el pecho:** SÍ – NO **Pérdida de conciencia:** SÍ – NO
Mareos: SÍ – NO **Vómitos:** SÍ – NO **Dificultad para respirar:** SÍ – NO
Cansancio extremo: SÍ – NO

¿Hay alguna actividad que el niño no deba realizar por prescripción médica?: SÍ - NO

¿Cuál?

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que: DNI:

Habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Palermo Chico.

Buenos Aires, del mes de de 2020.

.....
Firma del Profesional

.....
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

.....
Teléfono

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 notificar a las autoridades del Colegio, dentro de los cinco días hábiles, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados.

Sin APTO FÍSICO o con el apto físico incompleto en alguno de los ítems, el alumno no podrá realizar actividad física y no podrá ser calificado.

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

.....
Aclaración