



FICHA MÉDICA CICLO LECTIVO 2020 - JORNADA COMPLETA

Nombre y Apellido: _____ **DNI N°:** _____

Domicilio: _____ **Tel.:** _____

En caso de urgencia avisar a: _____ **Tel:** _____

Edad: ____ **Estatura:** ____ **Peso:** ____ **Grupo Sanguíneo:** ____ **Sexo:** ____

Fecha de Nacimiento: _____ **Obra Social:** _____

Socio N°: _____ **Tel:** _____ SALA/GRADO:

(Tildar los casilleros que correspondan y completar más información si se pide detallar)

➤ **Vacunación:**

| Vacuna | Fecha última dosis | Completa | Incompleta |
|-------------------------|--------------------|----------|------------|
| BCG | | | |
| Triple Bacteriana (DPT) | | | |
| SABIN (OPV) | | | |
| Cuádruple (DPT-Hib) | | | |
| Triple Viral (SRP) | | | |
| ANTITETÁNICA (REFUERZO) | | | |
| Hepatitis B (HB) | | | |
| Hepatitis A (HA) | | | |
| VPH | | | |
| Otras | | | |

➤ **Antecedentes Infecciosos:**

- Varicela
- Rubéola
- Sarampión
- Fiebre urleona (paperas)
- Tos convulsa
- Escarlatina
- Hepatitis
- Fiebre reumática
- Meningitis
- Tuberculosis
- Chagas
- Parásitos
- Otros (detallar) _____

➤ **Antecedentes Alérgicos:**

- Alimentos (detallar) _____
- Ambientales (detallar) _____
- Medicamentosos (detallar) _____

➤ **Antecedentes Gastrointestinales:**

- Diarreas frecuentes
- Constipación
- Gastritis
- Celíaco
- Otros _____

➤ **Antecedentes Respiratorios:**

- Asma
- Bronquiolitis
- Neumonía
- Otros _____

➤ **Antecedentes Otorrinolaringológicos:**

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

➤ **Antecedentes Arto-Musculares:**

- Fracturas (detallar) _____
- Esguinces (detallar) _____

➤ **Antecedentes Hematológicos:**

- Transfusiones
- Anemia
- Mononucleosis
- Problemas de coagulación

➤ **Antecedentes Neurológicos:**

- Epilepsia
- Convulsiones
- Pérdidas del conocimiento
- Cefaleas

➤ **Antecedentes Endocrinológicos:**

- Diabetes
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo

➤ **Antecedentes Psicológicos:**

Atención psicológica

Causa/fecha: _____

➤ **Antecedentes Oftalmológicos**

Miopía

Astigmatismo

Hipermetropía

Conjuntivitis frecuente

➤ **Antecedentes Quirúrgicos:**

| Fecha | Tipo de cirugía | Institución |
|-------|-----------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

➤ **Antecedentes Odontológicos**

Fecha última consulta: _____

Tratamiento ortodoncia:

Fijos

Movibles

➤ **Antecedentes de internaciones (NO quirúrgicas):**

| Fecha | Enfermedad | Institución |
|-------|------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

➤ **Hábitos:**

Dieta: ¿alguna restricción? Especificar: _____

Apetito: poco – normal – aumentado – variable.

¿Come a horarios? SI - NO

Sueño: ¿tiene pesadillas , insomnio , sonambulismo , terrores nocturnos , se orina en la cama ?

Deportes: _____

Señalar actividades que el niño no debe realizar exclusivamente por prescripción médica:

Habitacionales: Personas con las que convive _____

➤ **Antecedentes Familiares:**

Especificar las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, cáncer, alergias

Nombre de la Madre: _____

¿Vive? SI – NO Causa: _____

Nombre del Padre:

¿Vive? SI – NO Causa: _____

Hermanos: Nº _____ Enfermedades: _____

Observaciones:

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a _____ DNI _____

Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, natación, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.

Para ser presentado a las autoridades del Instituto San Antonio (A-226)

Buenos Aires, _____ del mes de _____ de _____.

Firma 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. Al firmar la presente ficha de salud **queda explicitado que autorizo a mi hijo/a para asistir a las clases de natación. Sin APTO FÍSICO no podrá realizar las actividades físicas ni ser calificado.**

Firma del Padre Madre o Tutor: _____

Aclaración: _____ DNI N°: _____