



**FICHA MÉDICA CICLO LECTIVO 2021 - JORNADA SIMPLE**

**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: \_\_\_\_\_

Conjuntivitis frecuente

➤ **Antecedentes Odontológicos**

Fecha última consulta: \_\_\_\_\_

Tratamiento ortodoncia:

Miopía

Astigmatismo

Hipermetropía

Fijos

Movibles

➤ **Antecedentes Quirúrgicos:**

Fecha	Tipo de cirugía	Institución

➤ **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, 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. **Sin APTO FÍSICO no podrá realizar las actividades físicas ni ser calificado.**

Firma del Padre Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI N°: \_\_\_\_\_