

FICHA MEDICA DE SALUD PARA EDUCACION FISICA

FECHA..... FICHA N°.....
Apellido y Nombre.....D.N.I.N°.....Escuela.....
Edad.....sexo:Fecha Nacim.....Lugar de Nacim.:.....Grado/sección.....Turno:.....
Domicilio:.....n°.....B°.....Localidad:.....Tel.:.....

ANTECEDENTES

1.- VACUNACIONES

	SI	NO	IGNORA
B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Refuerzo Antitetánica (consignar fecha)

2.-ANTECEDENTES PATOLOGICOS

FECHA APROX.

Enfermedades Imp.

Cirugías

Traumatismos Imp.

Alérgicos (especif.)

Enfermedades Importantes en la familia directa:

Diabetes	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>
Reumat .	<input type="checkbox"/>	Diat. Hem.	<input type="checkbox"/>
Chagas	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>

3.-HABITOS TOXICOS

	SI	NO	Mod. Y Cantidad
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.- MEDICAMENTOS NO PRESCRIPTOS

	SI	NO	Especificar
Estimulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esteroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.-MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

6.-DURANTE ACTIVIDAD FISICA SUFRIO

	SI	NO
Cansancio extremo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precordalgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefaleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones

APTO, desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas de la programática escolar.

Lugar y fecha

NOTIFICADO :

Firma del padre/tutor

EXAMEN FISICO

PESO TALLARel. PESO/ TALLA

EXAMEN OFTALMOLOGICO

Agudeza Visual Der.Izq.

	SI	NO
Usa anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN PIEL Y T.C.S.C.....

EXAMEN CABEZA Y CUELLO

EXAMEN CARDIOVASCULAR

Reposo 2º Ejercicio Recuperación

Auscultación

Frec. Cardíaca

Tensión Art.

EXAMEN RESPIRATORIO

EXAMEN ABDOMEN.....

EXAMEN GENTOURINARIO

Desarrollo sexual

EXAMEN OSTEOARTICULAR

	Nor.	Cif.	Lord.	Esc.
Columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXAMEN NEUROLOGICO

SE INDICAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS (Especif.)

IMPRESION DIAGNOSTICA CLINICA

Normal

Derivado a

Debe volver

Observaciones

Firma y sello del médico
(en caso de no poder firmar el apto)

Firma y Sello del Médico

Firma del Profesor de Educación Física