E.P.E.T. Nº 30



FICHA MEDICA DEL ALUMNO

Datos Personales		
Apellido:	Nombre	D.N.I. Nº
F. de Nacimiento	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:		Tel. Particular:
Localidad: Provincia		Tel. Celular
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:		D.N.I. Nº
Domicilio:		Tel. de Contacto

Historia Clínica (*)
Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.

1		Enfermedades Congénitas	18		Paperas	35		Enfermedades de la Sangre
2		Traumatismos	19		Sarampión	36		Enfermedades de Ganglios
3		Operaciones	20		Enfermedades Digestivas	37		Enfermedades de la Vista
4		Golpes Fuertes	21		Hepatitis - Enf. Del Hígado	38		Enfermedades Glandulares
5		Lesiones Articulares	22		Enfermedades Renales	39		Intervenciones Quirúrgicas
6		Fracturas - Esguinces	23		Infecciones Urinarias	40		Heridas
7		Enfermedades de los Huesos	24		Enfermedades de Genitales	41		Enfermedades de la Piel
8		Enfermedades Musculares	25		Enfermedades Neurológicas	42		Enfermedades Auditivas
9		Fiebre Reumática	26		Dolores de Cabeza - Mareos	43		Infecciones Crónicas
10		Artritis - Artrosis	27		Convulsiones - Epilepsia	44		Psoriasis
11		Enfermedades Respiratorias	28		Perdida de Conocimiento	45		Consume Alcohol
12		Enfermedades Articulares	29		Deshidratación	46		Consume Tabaco
13		Sinusitis - Otitis - Anginas	30		Enfermedades Psiquiatricas	47		Enf. De Transmisión Sexual
14		Asma	31		Diabetes	48		Recibió Transfusiones
15		Neumonía - Bronconeumonía	32		Chagas	49		Recibió Hemodiálisis
16		Varicela	33		Soplos del Corazón	50		Hipertensión Arterial
17		Rubéola	34		Enfermedades Cardiacas	51		Toma Medicación

Es Alérgico a:

	Polvo, Polen		Antibióticos
	Medicamentos		Picaduras de Insectos
	Plumas		Otros (Especificar)
	Comidas		

Calendario de Vacunación Completo

		SI
52		NO

Completar al dorso dosis faltantes

Para ser completado por el médico

Valoración Funcional

Frecuencia Cardiaca Basal	
Frecuencia Respiratoria Basal	
Tensión Arterial Basal	

E.C.G. (Sugerido, no obligatorio)

Peso	
Altura	
Talla Sentado	

Dist. Entre vertex y el plano donde se sienta el sujeto

Evaluación Clínica (*)

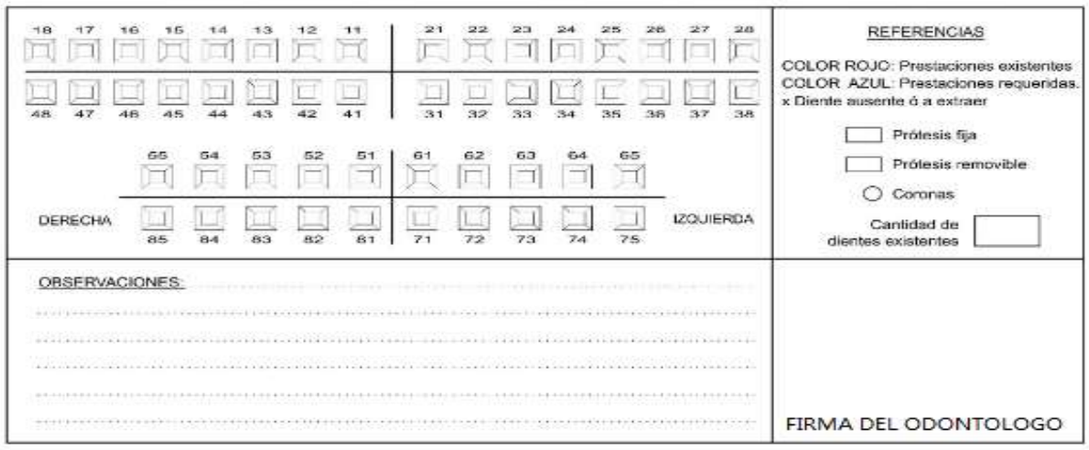
53		Cabeza y cuello	57		Boca y faringe	61		Abdomen
54		Ojos	58		Nariz y Pulmones	62		Columna Vertebral
55		Oídos	59		Corazón	63		Neurológico
56		Toma Medicación (Especificar)	60		Pulsos Periféricos	64		Comentarios de Importancia?

Certifico que ……..…de……..años de edad, cuya historia clínica queda en ……, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades físicas, formativas, deportivas y competitivas.-

Firma y sello del Médico

Localidad, Fecha y Hora

CONTROL ODONTOLÓGICO



San Martin de los Andes, …….. de …….. 20___ .-

AUTORIZACION

AUTORIZO A MI HIJO/A, BAJO MI ABSOLUTA RESPONSABILIDAD, A INGRESAR POSTERIOR AL INICIO DEL PRIMER MODULO Y A SU RETIRO ANTICIPADO EN HORAS SIN PROFESOR O CASOS EVENTUALES (SITUACIONES AJENAS A LA INSTITUCION) DEL ESTABLECIMIENTO ESCOLAR.

(MARCAR LA OPCION CORRESPONDIENTE)……. SI……..NO

……

Firma y aclaración
Padre, Madre, Tutor o Encargado

Según mi leal consentimiento autorizo a ……..
D.N.I. Nº……a participar de las clases de Educ. Física en el lugar asignado y declara verídicos todos los datos que proporciono el presente cuestionario, autorizando a tomar según prescripción medica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia.-

Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado

Aclaración y D.N.I.

La escuela no garantiza la continuidad en un determinado turno de cursado de los/as estudiantes a lo largo de todo su trayecto escolar en nuestra institución.
La decisión de cambiar el turno de cualquiera de los cursos de la escuela estará a cargo de la Dirección del Establecimiento, y tendrá como objeto resolver necesidades de tipo organizativa y/o edilicia que aparezcan oportunamente en la institución.

Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado

Aclaración y D.N.I.