

**ADJUNTAR: . fotocopia DNI con domicilio
. carnet Obra Social**

La presente ficha médica debe completarse por padre/madre y por el médico de cabecera.

Son **OBLIGATORIOS** los análisis de laboratorio en Ingreso a 1er grado, primer año y/o alumnos nuevos al ciclo 2023 de cualquier grado o año

1er grado

Es obligatorio adjuntar *certificado oftalmológico* y *certificado de capacidad auditiva*.

Sólo realizan **examen clínico en consultorio** (sin análisis de laboratorio) Salas de 2, 3, 4 y 5 años y los alumnos que ya cursaron el ciclo lectivo 2022 de cualquier grado del primario o año del secundario

1er grado y alumnos nuevos primaria 2023: Clínico y laboratorio: Análisis de sangre (hemograma, ionograma, glucemia, uremia, creatinina, colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos, Chagas), orina completa, radiografía de tórax (frente y perfil) y electrocardiograma.

1er año y alumnos nuevos secundaria 2023: Clínico y laboratorio: Análisis de sangre (hemograma, ionograma, glucemia, uremia, creatinina, colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos, Chagas), orina completa, radiografía de tórax (frente y perfil), electrocardiograma y ergometría.

Datos Personales del Alumno/a

Curso / Grado:

Apellido y nombres del alumno:

Fecha de Nacimiento: / /

Lugar de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

DNI:

Domicilio:

Localidad:

CP:

Tel:

Tel. Cel.:

Obra Social:

Plan:

Nro Afiliado:

Teléfono de la Obra Social:

Datos a completar por padre/madre

Nació en parto normal	SI	NO	A termino	SI	NO
Nació por cesárea:	SI	NO	¿Porqué?		

Vacunación

BCG	SI	NO	ANTISARAMPIONOSA	SI	NO
TRIPLE	SI	NO	DOBLE	SI	NO

Enfermedades de la infancia

Sarampión	SI	NO	Varicela	SI	NO
Rubéola	SI	NO	Escarlatina	SI	NO
Coqueluche (tos convulsa)	SI	NO	Parotiditis (paperas)	SI	NO

Otras:

Diabetes	SI	NO	Obesidad	SI	NO
Hepatitis: Tipo	SI	NO	Hipertensión	SI	NO
Enfermedades alérgicas	SI	NO	¿A QUÉ?		
Traumatismo de cráneo	SI	NO	¿Con pérdida de conocimiento?		
Fracturas	SI	NO	¿Cuál/es?		
Intervenciones quirúrgicas	SI	NO	¿Cuál/es?		
Lesiones Deportivas	SI	NO	¿Cuál/es?		
ALERGIAS	SI	NO	¿Cuál/es?		
ASMA	SI	NO	Epilepsia o disritmia	SI	NO
Está bajo tratamiento psicológico	SI / NO		Está bajo tratamiento psiquiátrico	SI / NO	

Medicamentos de uso habitual y causa:

EXAMEN CLINICO OBLIGATORIO

Historia médica personal

- No dejar espacios en blanco o sin completar -

Precordalgia al esfuerzo:

Síncope / pre síncope:

Disnea / fatiga excesiva, inexplicable al esfuerzo:

Reconocimiento previo de un soplo cardíaco:

Presión arterial elevada:

Historia médica familiar

- No dejar espacios en blanco o sin completar -

Muerte prematura relacionada a cardiopatía en la familia:

Incapacidad por enfermedad cardiovascular antes de los 50 años:

Cardiopatía hipertrófica:

Cardiopatía dilatada:

Síndrome de Marfan:

Arritmias:

Can alopatías (síndrome QT largo, Brugada):

Examen físico**- No dejar espacios en blanco o sin completar -**

Soplo cardíaco:

Pulso femoral vs. radial (excluir coartación aortica):

Signos físicos en relación al síndrome de Marfan:

Presión arterial braquial:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiocirculatorio:

Altura:

Peso:

Pulso:

Tensión:

Auscultación:

Aparato Digestivo:

Hernias:

Osteoarticular:

Postura:

Pie (Plano, cavo, talo, vago):

Columna:

Dermopatías:

Otras:

Examen Oftalmológico**Examen Bucodental**

Usa anteojos

SI

NO

Faltan piezas dentarias

SI

NO

Otros datos a consignar:

Caries

SI

NO

Examen auditivo

Enfermedades o trastornos de la audición: Indicar

Audiometrías subjetivas

Tonal liminar

SI

/

NO

Tonal supra liminar

SI

/

NO

Verbal o vocal

SI

/

NO

Posee pérdida de la audición:

SI

/

NO

IMPORTANTE: En caso de observar algún dato positivo resultante de la revisión clínica que no figure en la planilla describalo a continuación

Enfatizando la importancia del acto médico que involucra la extensión del presente certificado, conociendo la carga de actividad física y deportiva que se practica en el COLEGIO OBRAS/ Instituto "Dr. José Ingenieros" certifico que.....
 cuya historia clínica queda en mi poder, de.....años de edad, DNI N.º..... ha sido examinado clínicamente, no presenta, en el día de la fecha,y a lashoras, contraindicaciones para realizar actividad física y deportiva de acuerdo a su edad y sexo.CERTIFICO conforme al resultado de los exámenes arriba indicados se encuentra **APTO** para la práctica deportiva.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de.....de 2023.

Firma del médico

Sello del médico

Alguna situación que debemos tener en cuenta:**Responsables del Alumno/a****Padre/Madre /Resp.Legal del alumno/a****Padre / Madre /Resp.Legal del alumno**

Apellido y Nombre:

Apellido y Nombre:

D.N.I. N.º:

D.N.I. N.º:

Domicilio:

Domicilio:

E-mail:

E-mail:

Tel.:

Tel.:

Cel.:

Cel.:

En caso de urgencia avisar a:**(Colocar dos alternativas).**

1. Apellido y Nombre:

Tel./Cel:

2. Apellido y Nombre:

Tel./Cel:

3. Apellido y Nombre:

Tel./Cel:

4. Apellido y Nombre:

Tel./Cel:

Ciudad Autónoma de Bs. As., dede 2023.

Declaro que los datos que anteceden son exactos revistiendo la presente, el carácter de declaración jurada comprometiéndome a informar en 48 hs cualquier cambio sobre la situación de mi hijo.

Firma, aclaración y DNI:.....

RECUERDE ADJUNTAR: . FOTOCOPIA DE DNI CON DOMICILIO

. FOTOCOPIA DE CARNET DE OBRA SOCIAL