

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

La presente ficha médica debe completarse por padre/madre/Resp.legal del alumno 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 2026 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 2025 de cualquier grado/año del nivel primario o secundario

1er grado y alumnos nuevos primaria 2026: 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 2026: 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 antejo	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 descríbalos a continuación						
<p>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.....</p> <p>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 las horas, 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.</p> <p style="text-align: center;">Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de..... de 2026.</p> <p style="text-align: center;">Firma del médico Sello del médico</p>						
Alguna situación que debamos 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., de..... de 2026.						
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						