



FICHA MÉDICA DE ALUMNOS

Sistema urinario:

Incontinencia urinaria: SI – NO

Cálculos urinarios: SI – NO Cirugías Urológicas:.....

Sistema Digestivo:

Gastritis: SI-NO Ulceras Estomacales: SI - NO Síndrome de colon irritable: SI – NO

¿Otras?:.....

Vacuna Antitetánicas Obligatoria y Completa: SI – NO ¿Cuántas Dosis?

Visión. ¿Se realizó algún control? SI – NO ¿Detectaron problemas? SI – NO

¿Cuáles?..... ¿Debe usar lentes? SI – NO.....

Audición: ¿Realizó controles? SI – NO ¿Detectaron problemas? SI – NO

¿Cuáles?..... ¿Debe usar audífono? SI – NO

Medicación. ¿Toma algún medicamento? SI – NO ¿Cuál?.....

¿Para qué problema?

Lenguaje ¿Alguna vez tuvo problemas? SI – NO ¿asistió a especialista? SI – NO

¿A qué edad? ¿Continúa en tratamiento? SI – NO

¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras hacía ejercicios físicos?
SI – NO

¿Ha tenido traumatismo de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4
meses? SI – NO

¿Tiene dolores articulares? SI – NO

¿Fue operado en los últimos 4 meses? SI – NO ¿de qué?

¿Sufre hormigueos en las manos o en los pies? SI – NO ¿en qué momentos?

Presentación de examen cardiológico y certificado de buena salud, firmado y con el
sello del médico de cabecera.

El abajo firmante declara haber completado en forma verás, los datos consignados en la presente ficha, liberando expresamente a docentes y directivos de la escuela, de toda responsabilidad por cualquier perjuicio derivado de la asistencia o práctica médica que tome como referencia los datos aquí manifestados.-

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

.....
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

.....
ACLARACIÓN Y D.N.I.