



**ESCUELA ARGENTINA GENERAL BELGRANO**  
Incorporado a la Enseñanza Oficial A-313

**Departamento de Ed. Física – Ficha Médica Año 2.....**

Apellido y Nombre: .....

Curso / Año : ..... Edad: ..... Fecha de nacimiento: .....

D.N.I.: ..... Teléfono: .....

Domicilio: .....

Cobertura Médica: ..... N° de asociado: ..... Tel.: .....

Apellido y Nombre del pediatra particular: .....

Domicilio: ..... Teléfono: .....

**EN CASO DE URGENCIA MÉDICA AVISAR A:**

1-) Apellido y Nombre: ..... Parentesco: .....

Domicilio: ..... Tel.: .....

2-) Apellido y Nombre: ..... Parentesco: .....

Domicilio: ..... Tel.: .....

**VACUNAS: Adjuntar fotocopia del carnet de vacunas.**

**Antecedentes personales: marque lo que corresponda**

	SÍ	NO		SÍ	NO
Problemas cardíacos			Afecciones auditivas		
Presión arterial alta			Afecciones oculares		
Obesidad			Usa anteojos o lentes de contacto		
Asma bronquial			Cirugías		
Broncoespasmo a repetición			Fracturas, luxaciones		
Dificultad para respirar			Situación particular en huesos o articulaciones		
Pérdida de la conciencia			Internaciones		
Convulsiones			Afecciones en la piel		
<u>En relación al ejercicio ha padecido alguna vez:</u>			Enfermedades infecciosas en últimos 3 meses		
Desmayos			Alergia a medicamentos		
Mareos			Alergia a comidas		
Mayor cansancio			Otras alergias		
Dolor en el pecho			Medicación habitual		
Palpitaciones			Afecciones sanguíneas		

De las respuestas afirmativas se solicita especificar la situación: .....

.....

.....

Alguna condición de salud que considere conveniente que la institución deba conocer para su mejor cuidado:

.....

PESO: ..... TALLA: .....

**Examen Clínico (Hallazgos a destacar marcar con una (X))**

- |                            |                         |                                |
|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 1. CABEZA Y CUELLO         | 4. CORAZÓN              | 7. MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR |
| 2. BOCA Y FARINGE (caries) | 5. ABDOMEN              | 8. COLUMNA VERTEBRAL           |
| 3. PULMONES                | 6. SIST. GENITOURINARIO | 9. NEUROLÓGICO                 |

**Descripción de datos clínicos de relevancia del código correspondiente:**

.....  
.....

**En caso de resultar necesario informar inmediatamente al respecto para mantener actualizada la ficha médica.**

**Certifico que: ..... ha completado su control médico y se encuentra apto para asistir a la escuela y realizar actividad física acorde a su edad.**

.....

**Firma Padre / Madre / Tutor  
ACLARACIÓN Y D.N.I.**

.....

**Firma - Sello y Matrícula Médico  
Dirección y Tel. Consultorio**