

MINISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
 DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

FICHA MÉDICA DE SALUD

| | | | |
|---|--------|--|--------------------------|
| | | | |
| Apellido/s y nombre/s | | Tipo y N° de documento Legajo N° / Matrícula | |
| | | | |
| Calle | Número | Barrio | |
| | | | |
| Localidad | | Provincia | N° de teléfono / celular |
| | | | |
| Lugar de nacimiento (Localidad y Provincia) | | Fecha de nacimiento | |
| | | | |
| Carrera | | Curso / División / Turno | |
| | | | |
| Obra Social a la que pertenece | | N° de Afiliado | |

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

| | | |
|-----------------------|--------|--------------------------|
| | | |
| Apellido/s y nombre/s | | Parentesco |
| | | |
| Calle | Número | Barrio |
| | | |
| Localidad | | N° de teléfono / celular |
| | | |

Antecedentes

1. Vacunación

| Nombre | SI | NO | Ignora |
|-----------------------|----|----|--------|
| BCG | | | |
| Doble | | | |
| Triple | | | |
| Sabin | | | |
| Refuerzo antitetánica | | | |
| Fecha aproximada → | | | |

3. Alergias

| | Tipo o grado |
|--------------|--------------|
| Comidas | |
| Medicamentos | |
| Antibióticos | |
| Penicilina | |
| Insectos | |
| Otros: | |

2. Antecedentes Patológicos

| Nombre | Tuvo | Tiene | Fecha aprox. |
|-----------------------|------|-------|--------------|
| Asma | | | |
| Desmayo | | | |
| Convulsiones | | | |
| Epilepsia | | | |
| Sinusitis | | | |
| Hepatitis | | | |
| Bronquitis | | | |
| Laringitis | | | |
| Afecciones cardíacas | | | |
| Afecciones de oídos | | | |
| Problemas óseos | | | |
| Problemas articulares | | | |
| Hemorragias | | | |
| Dolores de cabeza | | | |

Firma/s

INISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
 DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

4. Intervenciones Quirúrgicas

| Nombre | Fecha | Obs. |
|--------|-------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

6. Medicamentos no prescritos

| Tipo | SI | NO |
|--------------|----|----|
| Estimulantes | | |
| Anabólicos | | |
| Esteroides | | |

7. Medicamentos prescritos

| Nombre | Obs. |
|--------|------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

5. Durante la actividad física sufrió/e:

| | SI | NO |
|-------------------------|----|----|
| Cansancio extremo | | |
| Falta de aire | | |
| Pérdida de conocimiento | | |
| Palpitaciones | | |
| Precordalgias | | |
| Cefaleas | | |
| Vómitos | | |

8.

| | |
|-----------------|--|
| Grupo Sanguíneo | |
| Factor RH | |

10. Otras enfermedades de salud que considere de importancia mencionar:

| Nombre | Tuvo | Tiene | Fecha aprox. |
|--------|------|-------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

11. Estudios con los que debe concurrir a la revisión médica:

MINISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
 DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

INFORME MÉDICO

| | | | | | | |
|----------------------|--------|----|--------------------------|---------------|----|----|
| Examen Físico | | | Examen Bucodental | | SI | NO |
| | Peso: | kg | | Faltan piezas | | |
| | Talla: | cm | | Caries | | |

| Examen Oftalmológico | | |
|-----------------------------|-------|-------|
| Agudeza Visual | Der.: | Izq.: |
| Usa anteojos | SI | NO |
| Otros: | | |

| |
|-------------------------------|
| Examen Piel y T.C.S.C: |
|-------------------------------|

| | |
|------------------------|--|
| Examen Cabeza y Cuello | |
| Auscultación | |
| Frecuencia cardiaca | |
| Tensión arterial: | |
| Examen Respiratorio: | |
| Examen abdomen: | |
| Examen Genitourinario: | |
| Examen Osteoarticular: | |
| Examen Neurológico: | |

Firma y sello del médico

INISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
 DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

| | | | |
|------------------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | Reposo | 2º Ejercicio | Recup. |
| Examen Cardiovascular | | | |

| | | | | |
|----------------------------|--------|------|-------|------|
| Columna Vertebral | Normal | Cif. | Lord. | Esc. |
| Miembros superiores | | | | |
| Miembros inferiores | | | | |

Si se indican exámenes complementarios, especificar e informar al final el resultado de los estudios

| | | |
|---|-------------|-------------|
| Impresión Diagnóstica Clínica | | |
| Normal | Derivado a: | Debe volver |
| Observaciones (si recomiendan otros exámenes complementarios, otros tratamientos particulares o cuidado especial) | | |

CONSTE que atendí a..... Documento de Identidad N°..... de.....años de edad y que se encuentra clínicamente en buen estado de salud al día de la fecha, pudiendo participar de las actividades programadas por la Institución.

Firma del médico:

Sello:

Lugar y fecha:

NOTIFICADO:

Firma:²_____

Aclaración.:_____

D.N.I.:_____

Firma:_____

Aclaración.:_____

D.N.I.:_____

Lugar y fecha:

² En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.

INISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

- a. Informe de laboratorio de análisis clínicos: citológico completo (Eritrosedimentacion, Uremia, Glusemia, Orina Completa, Machado Guerrero, VDRL, formula leucocitaria, Wasserman). Dicho laboratorio debe estar completo y no puede presentar mas de 60 días de realizado al momento de la revisión medica.
- b. Radiografías con informe e identificación plomada o computarizada (Rx Torax, Columna Lumbosacra (frente y perfil), Columna Cervical (frente y perfil).
- c. Informe oftalmológico y ORL: Audiometrías o estudios de ojos.
- d. Informe psicológico
- e. Informe odontológico

DECLARO BAJO JURAMENTO que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.

ME COMPROMETO además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata. Asimismo dejo expresa constancia que **AUTORIZO** a la Dirección del Instituto (o a quién esta designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma:¹ _____

Firma: _____

Aclaración.: _____

Aclaración.: _____

D.N.I.: _____

D.N.I.: _____

Lugar y fecha:

¹ En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.