

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	Provincia	
		N° de teléfono / celular

Antecedentes

1. Vacunación

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

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			

3. Alergias

	Tipo o grado
Comidas	
Medicamentos	
Antibióticos	
Penicilina	
Insectos	
Otros:	

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:

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

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.