

FICHA MEDICA PARA INGRESO ESCOLAR ANUAL

Fecha: _____

• **Realización de examen clínico:**

Esquema de vacunación: ¿carnet completo?

☐ Si

☐ No

Vacuna colocada durante el control: _____

• **Peso en Kg:** _____

• **Talla en Cm:** _____ Percentil: menor a 3: _____ Mayor / igual a 3: _____

• **IMC:** _____ Percentil entre 3 y 9: _____

Percentil entre 10 Y 84: _____

Percentil entre 85 Y 97: _____

Percentil mayor a 97: _____

• **Presión arterial:** Sistólica: _____ Diastólica: _____

• **Cardiovascular:** con hallazgos: _____ sin hallazgos: _____ no se evaluó: _____

Observaciones:

• **Respiratorio:** con hallazgos: _____ sin hallazgos: _____ no se evaluó: _____

Observaciones:

• **Enfermedades crónicas:** con hallazgos: _____ sin hallazgos: _____ no se evaluó: _____

Observaciones:

• **Salud bucal:** con hallazgos: _____ sin hallazgos: _____ no se evaluó: _____

Observaciones:

• **Agudeza visual :** OI: _____ OD: _____ ¿usa anteojos? _____

Observaciones:

Observaciones Generales:

SOLO PARA INGRESO A 7° GRADO

ECG: _____

Informe: _____

FICHA MEDICA

Nobre y apellido del niño/a o adolescente: _____

DNI N°: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Piso: _____ Dpt: _____ Manzana: _____ Lote: _____ Barrio: _____

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Telefono fijo: _____ Celular: _____

ANTECEDENTES DE SALUD PADRE/MADRE Y/O HERMANOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

Antecedentes de salud del niño/a o adolescente

1.- ¿Nació prematuro? Si No No sabe Peso de nacimiento (Kg) _____ /No sabe

2.- ¿Tiene o a tenido convulsiones a repetición o epilepsia? Si No

3.- ¿Tiene o a tenido episodios de mareos, desmayo, perdida de conocimiento, dolor fuerte de pecho, palpitaciones o dificultad para respirar durante o después del ejercicio? Si No

4.- ¿Tiene o a tenido espasmos bronquiales a repetición o asma? Si No

5.- ¿Le han diagnosticado diabetes? Si No

6.- ¿Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún problema de corazón? Si No

7.- ¿Tiene o a tenido infecciones urinarias? Si No

8.- ¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación? Si No

Causas: _____

9.- ¿Recibe algún tratamiento médico, farmacológico, etc.? Si No

¿Cual? _____

10.- Realiza o a realizado alguna vez tratamiento psicológico o psiquiatrico

Recibió algún diagnostico por parte del profesional? Si No ¿Cual? _____

Tratamiento Si No ¿Cual? _____

Observaciones:

- 11.-¿Hay algo de la salud del niño/a o adolescente que le preocupa? Si No
¿Cual? _____
- 12.-¿Cuándo fue la ultima vez que un medico peso y midio al niño/a y controló su carnet de vacunación?
Hace un año Hace mas de un año No recuerdo
- 13.- ¿Tiene algún problema de salud no detallado anteriormente? Si No
¿Cual? _____
- 14.- ¿Tiene o a tenido algún problema de salud importante? Si No No sabe
¿Cual es?_____
- 15.- ¿Algún familiar directo menor de 50 años sufrió muerte súbita o repentina? Si No No sabe

"Declaro que los datos son fieles a la verdad bajo juramento".

Nombre y apellido del padre / madre o adulto responsable: _____

Tipo y Número de documento: _____

Firma: _____