



---

**CERTIFICADO DE SALUD PARA EDUCACIÓN FÍSICA  
EDUCACIÓN INICIAL, PRIMARIA Y SECUNDARIA**

---

Certifico que ..... DNI N° ..... de ..... años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen, se encuentra **en condiciones de realizar educación física escolar habitual, que corresponda a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.**

Peso:

Talla:

Tensión Arterial:  /

Carnet de vacunas completo para la edad: SI  NO

Indicaciones: .....

.....

.....

Observaciones/Comentarios: .....

.....

.....

Fecha: ..... | ..... | .....

Firma y sello del médico

---



---

## FICHA MÉDICA PARA EL INGRESO ESCOLAR EDUCACIÓN INICIAL (5 AÑOS) Y PRIMER GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA

---

Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ DNI N ° \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Antecedentes personales del niño/a (cirugías, enfermedades crónicas, otras, etc.) \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares: \_\_\_\_\_

Presenta algún tipo de alergias: SI  NO  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Vacunas: Carnet completo  Carnet incompleto

Exámen Físico: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Estado Nutricional: Adecuado  Bajo peso  Sobre peso

Exámen Cardiovascular: \_\_\_\_\_

Tensión Arterial: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Exámen Aparato Respiratorio: \_\_\_\_\_

Exámen Abdominal: \_\_\_\_\_

Exámen Osteoarticular: Normal  Patológico

Maniobra de Adams positiva  Alteraciones de la marcha  Otros

Exámen Oftalmológico: Normal  Patológico

Necesita Anteojos

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma y sello del profesional oftalmólogo: \_\_\_\_\_

Exámen Fonoaudiológico:

Barrido Tonal o Audiometría: Normal  Patológico

Lenguaje, habla y/o comunicación: Normal  Patológico

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma y sello del profesional fonoaudiólogo: \_\_\_\_\_

Exámen Odontológico: Apto Odontológico  Necesita tratamiento Odontológico

En caso de necesitar tratamiento odontológico puede ser realizado de manera gratuita en el CAPS, en varias sesiones hasta lograr una boca sana.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma y sello del profesional odontólogo: \_\_\_\_\_

Indicaciones: \_\_\_\_\_

Observaciones Comentarios: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma y sello del Médico: \_\_\_\_\_

Manifiesto que cualquier modificación en el estado de salud del alumno informado en la presente ficha de salud, será notificada a la institución para su actualización en el legajo del alumno.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma del responsable parental: \_\_\_\_\_



---

**FICHA MÉDICA PARA EL INGRESO ESCOLAR  
PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA**

---

Institución Educativa:

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ DNI N ° \_\_\_\_\_

Domicilio:

Antecedentes personales del niño/a (cirugías, enfermedades crónicas, otras, etc.) \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares:

Presenta algún tipo de alergias: SI  NO  ¿Cuáles?Vacunas: Carnet completo  Carnet incompleto 

Exámen Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Estado Nutricional: Adecuado  Bajo peso  Sobre peso 

Exámen Cardiovascular:

Tensión Arterial: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Exámen Aparato Respiratorio:

Exámen Abdominal:

Exámen Osteoarticular: Normal  Patológico Maniobra de Adams positiva  Alteraciones de la marcha  Otros 

Evaluación Madurativa:

Estadio de Tanner: \_\_\_\_\_ Menarca: \_\_\_\_\_ Ritmo menstrual: \_\_\_\_\_

Exámen Oftalmológico: Normal  Patológico   
Necesita Anteojos 

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma y sello del profesional oftalmólogo: \_\_\_\_\_

Exámen Odontológico: Apto Odontológico  Necesita tratamiento Odontológico *En caso de necesitar tratamiento odontológico puede ser realizado de manera gratuita en el CAPS, en varias sesiones hasta lograr una boca sana.*

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma y sello del profesional odontólogo: \_\_\_\_\_

Indicaciones: \_\_\_\_\_

Observaciones Comentarios: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma y sello del Médico: \_\_\_\_\_

*Manifiesto que cualquier modificación en el estado de salud del alumno informado en la presente ficha de salud, será notificada a la institución para su actualización en el legajo del alumno.*

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma del responsable parental: \_\_\_\_\_