

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
 DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
 DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
 DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN 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			

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			

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
 DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
 DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
 DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL

4. Intervenciones Quirúrgicas

Nombre	Fecha	Obs.

5. Durante la actividad física sufrió/e:

	Si	No
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cafaelas		
Vómitos		

6. Medicamentos no prescritos

Tipo	Si	No
Estimulantes		
Anabólicos		
Esteroides		

7. Medicamentos prescritos

Nombre	Obs.

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 EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN 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 Lum-bosacra (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 proporcio-nados 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 con-signados, en forma inmediata. Asimismo dejo expresa constancia que AUTORIZO a la Dirección del Ins-tituto (o a quién esta designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma¹: _____

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.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN 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 cardíaca	
tensión arterial	
Examen Respiratorio	
Examen Abdomen	
Examen Genitourinario	
Examen Osteoarticular	
Examen Neurológico	

Firma y sello del médico

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Examen Cardiovascular	Reposo	2º Ejercicio	Recup.

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 Nº..... 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:

Firma²: _____

Firma: _____

Aclaración.: _____

Aclaración.: _____

D.N.I.: _____

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.