Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología **Dirección Gral. de Educ. Privada**

COLEGIO Nº 8100 *"SAN JOSÉ"*

CUE Nº 6600524

Perito Fco. Moreno Nº 256 - Bº Universitario – Salta (Capital) -

Teléfono: (0387) 4-251259 – Correo Electrónico: colegio@sanjosesalta.com.ar

FICHA MÉDICA

Fecha: _____/_____/_____ **Curso al que aspira ingresar: _____**

Apellidos y Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio:_____Teléfono:_____

Localidad: _____ Provincia: _____

A LLENAR POR LOS PADRES

ANTECEDENTES DE LA INFANCIA

	SI	NO
Sarampión	☐	☐
Varicela	☐	☐
Rubéola	☐	☐
Tos Convulsa	☐	☐
Paperas	☐	☐

Otras: _____

_____

	SI	NO
Hepatitis	☐	☐
Enfermedades Alérgicas	☐	☐

En caso de contestar SI indique cuáles o a qué es alérgico:__

_____

_____

	SI	NO
Traumatismo de Cráneo	☐	☐
Con pérdida de Conocimiento	☐	☐
Fracturas	☐	☐

En caso de contestar SI indique cuál: _____

_____

	SI	NO
Intervenciones Quirúrgicas	☐	☐

En caso de contestar SI indique cuál: _____

_____

Observaciones de consideración:_____

_____

_____

Fecha: ___/___/___

Firma del Padre / Tutor: _____

Aclaración: _____

A LLENAR POR EL MÉDICO

EXÁMEN FÍSICO

Talla: _____ Peso: _____

Aparato Respiratorio:

	SI	NO
Antecedentes personales alérgicos	☐	☐

¿Cuáles?_____

Durante o post al ejercicio presenta:

Tos: _____ Disnea: _____Ninguno

	SI	NO
Presenta síntomas respiratorios de algún tipo	☐	☐

Observaciones: _____

_____

Aparato Cardiovascular:

Antecedentes de SOPLOS: _____

DISNEA: _____

CIANOSIS: _____

ARRITMIAS: _____

Sistema Ostiomarticular:

	SI	NO
Escoliosis	☐	☐
Sifosis	☐	☐
Parálisis	☐	☐
Malformaciones	☐	☐
Acotamiento o Deformidad de los miembros	☐	☐

Esquema de Vacunación:_____

_____

Observaciones: _____

_____

_____

Fecha: ___/___/___

Sello y Matrícula _____

Firma

Fecha: _____/_____/_____

EXÁMEN FÍSICO NORMAL / ANORMAL

Actividad Física: El/la alumno/a _____ se encuentra

APTO/A - NO APTO/A *para realizar actividades de Educación Física y Deportiva.*

(Tachar lo que no corresponda)

Observaciones: _____

Sello y Matrícula _____

Firma del Médico