

**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 Nº de documento	Legajo Nº / Matrícula
Calle	Número	Barrio	
Localidad		Provincia	Nº de teléfono / celular
Lugar de nacimiento (Localidad y Provincia)		Fecha de nacimiento	
Carrera		Curso / División / Turno	
Obra Social a la que pertenece		Nº de Afiliado	

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Apellido/s y nombre/s		Parentesco	
Calle	Número	Barrio	
Localidad		Provincia	Nº 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			

Firma/s

**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**

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:

**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**

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

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

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 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.

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

- 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.