

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**

Apellidos y nombres/s		Tipo y Nº de documento		Legajo Nº / Matrícula	
Calle		Número		Barrio	
Localidad		Provincia			
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:**

Apellidos y nombres/s		Parentesco	
Calle		Número	
Localidad		Barrio	
Provincia		Nº de teléfono / celular	

**Antecedentes**

1. Vacunación	
Nombre	SI NO Ignora
BCG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Doble	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Triple	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sabin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Refuerzo antitetánica	
Fecha aproximada →	

2. Antecedentes Patológicos			
Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aprox.
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laringitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Afecciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Afecciones de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas óseos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Alergias	
Tipo o grado	
Comidas	
Medicamentos	
Antibióticos	
Penicilina	
Insectos	
Otros:	

Firma/s

INISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA  
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR  
 DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION  
 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:**

INISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA  
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR  
 DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION  
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

### INFORME MÉDICO

<b>Examen Físico</b>			<b>Examen Bucodental</b>		SI	NO
	Peso:	kg		Faltan piezas		
	Talla:	cm		Caries		

Examen Oftalmológico		
Agudeza Visual	Der.:	Izq.:
Usa anteojos	SI	NO
Otros:		

<b>Examen Piel y T.C.S.C:</b>
-------------------------------

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 EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA  
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR  
 DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION  
 DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

<b>Examen Cardiovascular</b>	<b>Reposo</b>	<b>2º Ejercicio</b>	<b>Recup.</b>

<b>Columna Vertebral</b>	Normal	Cif.	Lord.	Esc.
<b>Miembros superiores</b>				
<b>Miembros inferiores</b>				

Si se indican exámenes complementarios, especificar e informar al final el resultado de los estudios

<b>Impresión Diagnóstica Clínica</b>		
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<sup>º</sup>..... 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:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Aclaración.: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración.: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: .....

<sup>2</sup> En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.

INISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA  
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR  
DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION  
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

- a. Informe de laboratorio de análisis clínicos: citológico completo (Eritrosedimentación, Uremia, Glucemia, Orina Completa, Machado Guerrero, VDRL, fórmula leucocitaria, Wasserman). Dicho laboratorio debe estar completo y no puede presentar más de 60 días de realizado al momento de la revisión médica.
- 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:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Aclaración.: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración.: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: .....

<sup>1</sup> En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.