Instituto San Diego
Jardín - Primaria - Secundaria
DIPREGEP 1711 - 1836 - 2741 - 6656

FICHA MÉDICO PEDIATRICA

Apellido y nombre del alumno:.....

Edad:..... Sexo:..... Sección:.....

Domicilio:.....

Teléfono:.....

Teléfonos alternativos de familiares, con aclaración de nombre y vínculo:.....

.....

.....

Nombre de padre/madre y/o tutor:.....

.....

Obra social y/o prepaga.....Nro.Afiliado:.....

Antecedentes personales

- Vacunación: **Adjuntar fotocopia del carnet de vacunación.**

PATOLOGÍAS IMPORTANTES:

Respiratorias:.....

.....

Cardiológicas .....

.....

Alergias:.....

.....

Neurológicas:.....

.....

Psiquiátricas:.....

.....

Endocrinológicas/metabólicas:.....

.....

Otras:.....

Corvalán 69 – Brandsen 5871 – Brandsen 5971
(1875) - Wilde – Pcia. Buenos Aires
T.E.: 4227 – 7823/ 4206 – 5173/ 4227 – 6147 Fax: 4227 – 6147
www.institutosandiego.edu.ar

- Cirugías/fracturas/traumatismos importante:.....

.....

- **Actualmente se le administra algún medicamento?** (citar nombre genérico de la droga, dosis, horarios e indicaciones especiales) .....

.....

EXAMEN FÍSICO

Peso..... pc..... Talla..... pc..... BMI.....

TA..... pc..... Sat.....

Asp. respiratorio:.....

Asp. cardiológico:.....

Asp. osteoarticular:.....

Asp.abdominal:.....

Asp. neurológico:.....

CERTIFICO que.....DNI.....

de.....años de edad, cuya História Clinica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el dia de la fecha a las.....hs.y aparece en condiciones de realizar actividades escolares, incluídas las propias de la Educación Física escolar curricular, que corresponde a su edad, sexo, gradote maduración y desarrollo.

Observaciones:.....

.....

.....

.....

Firma padre/madre o tutor
DNI .....

Firma y sello del Médico

Fecha.....

De ser necesario, por cuestiones de espacio, agregar en hoja aparte todo aquello que consideren necesario para un mejor conocimiento de las condiciones de salud del alumno en su beneficio.