Ficha Médica Pediátrica
(para ser completada por el médico)

Nombre y apellido: ……...

Edad: ……. FN: …… Sexo: ……

Domicilio: ……..

Teléfonos: …….

Nombre del padre/madre y/o tutor: ……

Obra social y N° de afiliado:…….

Antecedentes personales

- Vacunación : **Obligatorio adjuntar fotocopia del carnet de vacunación**
- Patologías importantes

  Respiratorias ……...
  ……
  Cardiológicas ……..
  ……
  Alergias……
  ……
  Neurológicas ……...
  ……
  Psiquiátricas ……
  ……
  Infecciosas ……..
  ……
  Endocrinológicas/metabólicas ……
  ……
  Gastroenterológicas ……
  ……
  Otras ……
  ……

- Cirugías/fracturas/traumatismos importantes …….
  ……

- **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. O2

Asp. Respiratorio: ……...
…….

Asp. Cardiológico: ……..
…….

Asp. Osteoarticular: ……
.....

Asp. Abdominal: …….
…….

Asp. Neurológico: .....
…….

Certifico que …….....
DNI: …… de …… años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha a las ……... hs y aparece en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas las propias de la educación física escolar curricular, que corresponde a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones:

Firma padre/madre o tutor Firma y sello del médico

DNI:

Fecha