

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL

FICHA MÉDICA DE SALUD

Apellido/s Nombre/s		Tipo y N° de documento	Legajo N°/ Matrícula
Calle	Número	Barrio	
Localidad		Provincia	N° de Teléfono / Celular
Lugar de Nacimiento (Localidad y Provincia)		Fecha de Nacimiento	
Carrera		Curso / División / Turno	
Obra Social a la que pertenece		N° de Afiliado	

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Apellido/s Nombre/s		Parentesco	
Calle	Número	Barrio	
Localidad		Provincia	N° de Teléfono / Celular

ANTECEDENTES

1. Vacunación

Nombre	SÍ	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 EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL

INFORME MÉDICO

Examen Físico			Examen Bucodental		SÍ	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 Cardíaca	
Tensión Arterial	
Examen Respiratorio	
Examen Abdomen	
Examen Genitourinario	
Examen Osteoarticular	
Examen Neurológico	

Firma y Sello del Médico

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Examen Cardiovascular	Reposo	2° Ejercicio	Recup.

Columna Vertebral	Normal	Lord.	Cif.	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:

Firma¹:.....

Aclaración:.....

D.N.I.:.....

Firma:.....

Aclaración:.....

D.N.I.:.....

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

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL

- a. Informe de laboratorio de análisis clínicos: citológico completo (Eritrosedimentación, Uremia, Glucemia, Orina completa, Machado Guerreiro, VDRL, Fórmula leucocitaria, Wasserman).
Dicho laboratorio debe estar completo y no puede presentar más de 60 días de realizado al momento de revisión médica.
- b. Radiografías con informe e identificación plomada o computarizada: Rx de Tórax, Columna Lumbosacra (Frente y Perfil), Columna Cervical (Frente y Perfil).
- c. Informe oftalmológico y ORL: Audiometría y estudios de ojos (Certificado).
- d. Informe psicológico (Certificado apto).
- e. Informe odontológico.

DECLARO BAJO JURAMENTO que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos 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 ésta designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

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.