

Nombre/s y Apellido/s Edad
D.N.I. N° Teléfono mail
Dirección Obra Social
Curso Turno Fecha de Nac.

Centro de atención para traslado:
Pediatra (Apellido y Nombre): Teléfono:

A LLENAR POR LOS PADRES

ANTECEDENTES DE LA INFANCIA

NACIO DE PARTO NORMAL	SI	NO
En caso de contestar NO comente en forma resumida el problema		

VACUNACIONES

BCG	SI	NO
TRIPLE	SI	NO
ANTISARAMPIONOSA	SI	NO
DOBLE	SI	NO
REFUERZO ANTITETANICA	SI	NO

ENFERMEADES DE LA INFANCIA

SARAMPION	SI	NO
VARICELA	SI	NO
RUBEOLA	SI	NO
ESCARLATINA	SI	NO
COQUELUCHE (TOS CONVULSA)	SI	NO
PAROTIDITIS (PAPERAS)	SI	NO
OTRAS (Indicar cuales)		
DIABETES	SI	NO
Tipo y medicación		
HEPATITIS	SI	NO
ASMA O ENFERMEADES ALERGICAS	SI	NO
En caso afirmativo indique a cuales es alergico		
TRAUMATISMO DE CRANEO	SI	NO
Con perdida de conocimiento	SI	NO
FRACTURAS	SI	NO
En caso afirmativo indique cual		
EPILEPSIA O DIRRITMIA	SI	NO
En caso afirmativo indique cual		
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	SI	NO
En caso afirmativo indique cual		
LESIONES DEPORTIVAS	SI	NO
En caso afirmativo indique cual		
MEDICACION DE USO HABITUAL Y CAUSA		
En caso afirmativo indique cual		
ANTECEDENTES FAMILIARES		

AUTORIZO a que mi hijo/a realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo, conforme a los lineamientos curriculares vigentes. Así mismo presto conformidad para que en caso de accidente, y de ser necesario traslado para su asistencia, el mismo se realice al centro asistencial más próximo ó al indicado precedentemente, dando aviso telefónico al Nro.: e indicar: Apellido y nombre, domicilio, teléfono, de la persona que se haría cargo en caso de no localizar a los padres:

FIRMA DE PADRE, MADRE O TUTOR

ACLARACION

LUGRA Y FECHA

También es preciso aclarar que toda la información declarada por los padres, tanto en las historias realizadas por el departamento médico, como las efectuadas en médicos públicos será responsabilidad de los mismos, como así también todo lo que se refiere a la revisión médica será responsabilidad exclusiva del departamento médico liberando de toda responsabilidad jurídica al Instituto Nuestra Señora del Carmen.

Solicitamos por favor nos informen o actualicen, en caso que el alumno/a asista a algún tratamiento, con el fin de realizar un trabajo integral e interdisciplinario, ante las necesidades individuales de los mismos.
(Nombre y teléfono de contacto del Profesional)
Psicológico:
Psiquiátrico:
Psicopedagógico:
Fonoaudiólogo:
Otros:

A LLENAR POR EL MEDICO

EXAMEN FISICO	
SEMIOLOGIA (consigne datos positivos)	
APARATO RESPIRATORIO	
	SI NO
APARATO CARDIO CIRCULATORIO	
PULSO	TENSION
AUSCULTACION	
APARATO DIGESTIVO	
HERNIAS	
OSTEOARTICULAR	
POSTURA	
PIE (plano cavo talo vago)	
COLUMNA	
OTRAS	
DERMOPATIAS	SI NO
EXAMEN OFTALMOLOGICO	
USA ANTEOJOS	SI NO
OTROS DATOS A CONSIGNAR	
TEST DE AGUDEZA VISUAL	
EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL	
FALTAN PIEZAS DENTARIAS	SI NO
CARIES	SI NO
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS	
TALLA	
TALLA S	
ENVERGADURA	
PESO	
INTERCONSULTAS	

Revisación Médica Fecha: / /
El alumno/a
que cursa actualmente el
con Documento Nacional de Identidad N°
se encuentra APTO / NO APTO en condiciones psicofísicas
para desarrollar actividades deportivas escolares.

OBSERVACIONES:
.....
.....
.....
.....
Firma y Sello (Matrícula)