

Datos personales del Alumno		
Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
F. de Nacimiento:/...../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Tel. Particular:	
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra Social:	Nº Afiliado:	
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:	D.N.I.:	
Domicilio:		
Curso:	Ciclo lectivo:	Tel. de Contacto:

Para ser completado por el médico

Historia Clínica (*)

Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.

1	Enfermedades Congénitas	18	Paperas	35	Enfermedades de la Sangre
2	Traumatismos	19	Sarampión	36	Enfermedades de Ganglios
3	Operaciones	20	Enfermedades Digestivas	37	Enfermedades de la Vista
4	Golpes Fuertes	21	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	Enfermedades Glandulares
5	Lesiones Articulares	22	Enfermedades Renales	39	Intervenciones Quirúrgicas
6	Fracturas - Esguinces	23	Infecciones Urinarias	40	Heridas
7	Enfermedades de los Huesos	24	Enfermedades de Genitales	41	Enfermedades de la Piel
8	Enfermedades Musculares	25	Enfermedades Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumática	26	Dolores de Cabeza - Mareos	43	Infecciones Crónicas
10	Artritis - Artrosis	27	Convulsiones - Epilepsia	44	Psoriasis
11	Enfermedades Respiratorias	28	Pérdida de Conocimiento	45	Consume Alcohol
12	Enfermedades Articulares	29	Deshidratación	46	Consume Tabaco
13	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	Enfermedades Psiquiátricas	47	Enf. de Transmisión Sexual
14	Asma	31	Diabetes	48	Recibió Transfusiones
15	Neumonía - Bronconeumonía	32	Chagas	49	Recibió Hemodiálisis
16	Varicela	33	Soplos del Corazón	50	Hipertensión Arterial
17	Rubeola	34	Enfermedades Cardíacas	51	Toma Medicación

Es Alérgico a:	Calendario de Vacunación Completo
<input type="checkbox"/> Polvo, Polen <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Plumas <input type="checkbox"/> Comidas	<input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos <input type="checkbox"/> Otros (Especificar)
	52 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Completar al dorso dosis faltantes

Valoración Funcional	E.C.G. (Sugerido, no obligatorio)	Peso	Altura	Talla Sentado
Frecuencia Cardíaca Basal				
Frecuencia Respiratoria Basal				
Tensión Arterial Basal				

Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto

Evaluación Clínica (*)					
53	Cabeza y Cuello	57	Boca y Faringe	61	Abdomen
54	Ojos	58	Nariz y Pulmones	62	Columna Vertebral
55	Oídos	59	Corazón	63	Neurológico
56	Toma Medicación (Especificar)	60	Pulsos Periféricos	64	Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física? SI No ¿Cual? _____

¿Con que frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana Todos los días

¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI No

¿Cuál? ECG Ergometría TAC RMN Estudios de laboratorio

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

Certifico que.....de.....años de edad, cuya historia clínica queda en....., ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividad física

Firma y Sello del Médico

Localidad, Fecha y Hora

Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado

Aclaración y D.N.I.

(*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción