

**FICHA MÉDICA PARA EL INGRESO ESCOLAR
PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA**

Institución Educativa: _____

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ DNI N° _____

Domicilio: _____

Antecedentes personales del niño/a (cirugías, enfermedades crónicas, otras, etc.) _____

Antecedentes Familiares: _____

Presenta algún tipo de alergias: SI NO ¿Cuáles? _____Vacunas: Carnet completo Carnet incompleto

Exámen Físico: _____

Peso: Talla: Estado Nutricional: Adecuado Bajo peso Sobrepeso

Exámen Cardiovascular: _____

Tensión Arterial: ____/____

Exámen Aparato Respiratorio: _____

Exámen Abdominal: _____

Exámen Osteoarticular: Normal Patológico Maniobra de Adams positiva Alteraciones de la marcha Otros

Evaluación Madurativa:

Estadio de Tanner: _____ Menarca: _____ Ritmo menstrual: _____

Exámen Oftalmológico: Normal Patológico
Necesita Anteojos

Fecha: ____/____/____ Firma y sello del profesional oftalmólogo: _____

Exámen Odontológico: Apto Odontológico Necesita tratamiento Odontológico *En caso de necesitar tratamiento odontológico puede ser realizado de manera gratuita en el CAPS, en varias sesiones hasta lograr una boca sana.*

Fecha: ____/____/____ Firma y sello del profesional odontólogo: _____

Indicaciones: _____

Observaciones Comentarios: _____

Fecha: ____/____/____ Firma y sello del Médico: _____

Manifiesto que cualquier modificación en el estado de salud del alumno informado en la presente ficha de salud, será notificada a la institución para su actualización en el legajo del alumno.

Fecha: ____/____/____ Firma del responsable parental: _____