

Ficha Médica

Fecha:.....

Nombre y Apellido:..... Fecha de Nacimiento:.....

Edad:..... Domicilio:.....

Localidad:..... Provincia:..... Teléfono:.....

A LLENAR POR LOS PADRES

ANTECEDENTES DE LA INFANCIA

SI NO

Nació de parto normal

En caso de contestar NO comente en forma resumida

el problema:.....

.....

VACUNACIONES:

SI NO

B.C.G.:

Triple:

Sabin:

Antisarampionosa:

Doble:

Refuerzo de la antitetánica:

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA:

SI NO

Sarampión:

Varicela:

Rubeola:

Escarlatina:

Coqueluche(tos convulsa):

Parotiditis(paperas):

Otras:.....

.....

SI NO

Hepatitis:

Enfermedades alérgicas:

En caso de contestar SI indique cuáles o a que se es

alérgico:.....

.....

SI NO

Traumatismo de cráneo
c/pérdida de conocimiento:

Fracturas:

En caso de contestar SI indique cual:.....

.....

SI NO

Intervenciones quirúrgicas:

A LLENAR POR EL MEDICO

EXAMEN FISICO

Talla:..... Peso:.....

SEMIOLOGÍA(consigne sólo los datos positivos):

Aparato respiratorio:.....

.....

Aparato Cardiovascular:

Pulso:..... Tensión arterial:.....

Auscultación:.....

Aparato Digestivo:.....

.....

Osteoarticular:

Postura:.....

Pie(plano, cavo, talo, valgo):.....

Columna:.....

.....

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

SI NO

Usa anteojos:

Otros datos a consignar:.....

.....

EXAMEN BUCODENTAL:

SI NO

Faltan piezas dentarias:

Caries:

NOTA: En caso de observar algún dato positivo re-

sultante de la revisión clínica que no figure en la

planilla descríbalos a continuación:.....

.....

.....

En caso de contestar SI indique cual:.....
.....

.....
.....

Firma del Padre, Madre o Tutor:
.....

Firma del Médico Responsable:
.....

Aclaración:.....

Aclaración:.....