

Ficha médica:

Fecha _____
 Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____
 Edad _____ Domicilio _____
 Localidad _____ Provincia _____ Teléfono _____

A llenar por los padres
 Antecedentes de la infancia

Nació de parto normal

si	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de contestar NO comente en forma resumida el problema _____

Vacunaciones:

BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRIPLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SABIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTISARAMPIONOSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOBLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuerzo de ANTTITETÁNICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermedades de la infancia:

SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VARICELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RUBEOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCARLATINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAROTIDITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras _____

si	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 HEPATITIS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

_____ ENFERMEDADES ALÉRGICAS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

En caso de contestar SI indique cuáles o a qué es alérgico _____

Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento

si	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fracturas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

En caso de contestar SI indique cuál _____

Intervenciones quirúrgicas

si	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de contestar SI indique cuál _____

Firma de Padre, Madre o Tutor _____

Aclaración _____

A llenar por el médico
 Examen físico

TALLA _____ PESO _____

SEMIOLOGÍA (consigne sólo los datos positivos):

APARATO CARDIOCIRCULATORIO:
 Pulso _____ Tensión Arterial _____
 Auscultación _____

APARATO DIGESTIVO:

Osteoarticular:
 Postura _____
 Pie (plano, talo, valgo) _____
 Columna _____

Examen oftalmológico:

si	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Usa anteojos

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Otros datos a consignar _____

Examen Bucodental:

si	no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Faltan piezas dentarias

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Caries

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Nota: en caso de observar algún dato positivo resultante de la revisión clínica que no figure en planilla describalo a continuación _____

Firma del médico responsable _____

Aclaración (sello, matrícula) _____