

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
En caso de constestar NO comente en forma resumida el problema.....
.....

VACUNACIONES:

B.C.G: SI NO
Triple: SI NO
Sabin: SI NO
Antisrampionosa: SI NO
Doble: SI NO
Refuerzo de antitetanica: SI NO

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA:

Sarampión: SI NO
Varicela: SI NO
Rubeola: SI NO
Escarlatina: SI NO
Coquelucha (tos convulsa): SI NO
Parotiditis: SI NO
Otras:
.....

Hepatitis: SI NO
Enfermedades alérgicas: SI NO
En caso de contestar SI indique cuales o a que es alérgico:
.....
.....

Traumatismo de cráneo: SI NO
Pérdida de conocimiento: SI NO
Fracturas: SI NO
En caso de contestar SI indique cuál:
.....

Intervenciones quirúrgicas: SI NO
En caso de contestar SI indique cuál:

Alguna vez presentó una dificultad motriz: SI NO
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 solo tres datos positivos):

Aparato respiratorio:

Aparato circulatorio:

Pulso:

Tensión arterial:

Auscultación:

Aparato digestivo:

Osteoarticular:

Postura:

Pie (plano, cavo, talo, valgo):

Columna:

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Usa anteojos: SI NO

Otros datos a consignar:

EXAMEN BUCODENTAL:

Faltan piezas dentarias: SI NO

Caries: SI NO

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):