

DGIPE

- AÑO 2024-

EN CASO QUE EL ESTUDIANTE CUENTE CON OBRA SOCIAL REALIZAR LA PRESENTE FICHA CON SU MÉDICO PARTICULAR

**IMPORTANTE (LEER ANTES DE COMPLETAR LA FICHA)**

- Antes de concurrir al médico complete los datos solicitados en la ficha.
- No olvide llevar el **Carnet de Vacunas y el DNI.**
- Recuerde firmar la notificación del examen de su hijo/a - punto 27 - y las Autorización – punto 28 -.
- En el ítem 10, **ADJUNTAR INFORME DEL PROFESIONAL CORRESPONDIENTE AL AREA PARA EL NIVEL INICIAL Y PRIMER GRADO DEL NIVEL PRIMARIO UNICAMENTE.**
- **Una vez completada la presente entregarla en Secretaría Nivel Inicial y Primario, al Preceptor que le corresponda en el Nivel Secundario, en la fecha indicada abajo.**

El cuidado del derecho a la salud de los niños y adolescentes depende del trabajo de:  
Padres, Docentes, Alumnos, y de toda nuestra comunidad.

**INFORME DE SALUD ANUAL PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA Y ACTIVIDADES CURRICULARES Y EXTRAPROGRAMÁTICAS**

Apellido y Nombre:.....DNI N°:.....Edad:.....

Sexo:.....Fecha de nac.:...../...../.....Curso:.....Div:.....

Domicilio: .....Localidad..... Tel: .....

Obra Social: ¿SI - NOCuál?..... N° de afiliado: .....

**1- VACUNACIONES**

	SI	NO	IGNORA
BCG			
TRIPLE			
DOBLE			
SABIN			
REF. ANTITETÁNICA consignar fecha			
COVID consignar cantidad de dosis			

**2- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (Fecha Aprox.)**

Enfermedades Imp.	
Cirugías	
Traumatismos Imp.	
Alérgicos (especificar)	

**3- ENFERMEDADES IMPORTANTES EN LA FAMILIA DIRECTA:**

Diabetes		Asma	
Chagas		Hipertensión	
Epilepsia		Diat. Hem.	
Reumat.		Otras	

**4- HÁBITOS TÓXICOS**

	Si	No	Especificar
Alcohol			
Tabaco			
Otros			

**5- MEDICAMENTOS NO PRESCRIPTOS**

	Si	No	Especificar
Estimulantes			
Esteroides			
Anabólicos			

**6- MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS .....**

**7- DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:**

	Si	No
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgia		
Cefaleas		
Vómitos		

**8- GRUPO SANGUÍNEO: .....**

**9- EXAMEN FÍSICO**

Peso.....Talla:.....  
Relac. Peso/talla.....  
Diagnóstico Antropométrico: .....

**10- EXÁMEN FONOAUDIOLÓGICO: .....**

**11- EXÁMEN PIEL Y T.C.S.C.: .....**

**12- EXÁMEN OFTALMOLÓGICO:**

Agudeza Visual: Derecha.....Izquierda: .....

	Si	No
Usa anteojos		
Otros		

**13- EXAMEN BUCODENTAL:**

**14- EXAMEN RESPIRATORIO:**

**15- EXAMEN DE ABDOMEN:**

**16- EXAMEN AUDITIVO:**

**17- EXAMEN GENITOURINARIO:**

Menarca: .....  
Turner: .....

**18- EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO: .....**

**19- EXAMEN OSTEOARTICULAR**

	Nor.	Cif.	Lord.	Esc.
Columna vertebral				
Miembros Superiores				
Miembros Inferiores				

**20- EXAMEN NEUROLÓGICO.....**

**21-EXAMEN CARDIOVASCULAR**

Auscultación: .....  
Frec. Cardíaca: .....  
Presión Arterial: .....  
Arritmia: .....  
Soplo: .....

**22-IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA CLÍNICA**

Normal	
Derivado a	
Debe volver	
Observaciones	

**23- SE INDICAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS y/o DERIVACIONES.....**

**24-OBSERVACIONES:** .....  
.....

**25- APTO,** desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas de la programática escolar.

Lugar y fecha: .....

Firma y Sello del Profesional Médico: .....

**26- NO ES APTO,** desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas de la programación escolar.

Lugar y fecha: .....

**27- Sres. Padres/Tutores/Familia:**

Ud. /s considera necesario brindar otra información para que el Centro Educativo tenga en cuenta, y que es necesario dar a conocer, tanto para situaciones de urgencias/emergencias. **(Si no tiene nada por agregar trazar una línea y firmar la notificación)** Como así también dejar de manifiesto que los datos consignados en la presente tienen carácter de información verdadera. Ante cualquier cambio me comprometo a informar a la institución.

...../...../.....  
Firma del Padre/ Madre / Tutor /Familiar – Aclaración - DNI

**28-AUTORIZACIÓN:**

Por la presente autorizo a mi hijo/a: .....

DNI N.º: .....a realizar las actividades programadas, acorde a la edad y sexo y a concurrir a: “Sede y Salón Parroquial”, Club “El Carmen”, “Club Ing. L. Vázquez”, y/o lugares dentro del ejido Municipal que se consideren convenientes para el dictado de clases, actividades recreativas, Educación Física y/o Deporte, que serán notificadas oportunamente durante el ciclo lectivo 2023.-

...../...../.....  
Firma del Padre/ Madre / Tutor /Familiar – Aclaración - DNI

**OBSERVACIONES:**

**EN CASO QUE EL ESTUDIANTE CUENTE CON OBRA SOCIAL  
REALIZAR LA PRESENTE FICHA CON SU MÉDICO PARTICULAR**



**RECIBIDO** en el IPMC por: *(firma quien lo recibió)* ..... Fecha:.....

**FECHA LÍMITE DE PRESENTACIÓN DE ESTA FICHA:**

**hasta el viernes 29 de MARZO de 2024, de lo contrario el estudiante no podrá realizar actividad física ni extraprogramáticas hasta su entrega.**