

DGIPE

- AÑO 2025 -

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 ÚNICAMENTE.**
- **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 2025.-

...../...../.....
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 LUNES 31 de MARZO de 2025, de lo contrario el estudiante no podrá realizar actividad física ni salidas extraprogramáticas hasta su entrega.