

DGIPE

- AÑO 2026 -

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 ÁREA 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, Estudiantes, 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: .....

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

22-IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA CLÍNICA

Normal	
Derivado a	
Debe volver	
Observaciones	

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. 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. *(Si no tiene nada por agregar trazar una línea y firmar la notificación)*

.....

...../...../.....  
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”, “Arena Monte Cristo” 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 2026.-

...../...../.....  
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 MARTES 31 de MARZO de 2026, de lo contrario el  
estudiante no podrá realizar actividad física ni salidas extraprogramáticas  
hasta su entrega.***