

**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 Nº: ..... Edad: .....

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

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

Obra Social: ¿SI - NO Cuál? ..... 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.***