

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL

4. Intervenciones Quirúrgicas

Nombre	Fecha	Obs.

6. Medicamentos no prescritos

Tipo	SI	NO
Estimulantes		
Anabólicos		
Esteroides		

7. Medicamentos prescritos

Nombre	Obs.

5. Durante la actividad física sufrió/e:

	SI	NO
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		

8.:

Grupo Sanguíneo	
Factor RH	

9. Otras enfermedades de salud que considere de importancia mencionar:

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aprox.

10. Estudios con los que debe concurrir a la revisión médica:

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

INFORME MÉDICO

Examen Físico		Examen Bucodental		SI	NO
	Peso: _____ kg		Faltan piezas		
	Talla: _____ cm		Caries		

Examen Oftalmológico		
Agudeza Visual	Der.:	Izq.:
Usa anteojos	SI	NO
Otros:		

Examen Piel y T.C.S.C.:

Examen Cabeza y Cuello	
Auscultación	
Frecuencia cardiaca	
Tensión arterial	
Examen respiratorio	
Examen abdomen	
Examen genitourinario	
Examen oosteoarticular	
Examen neurológico	

Firma y sello del médico

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

Examen Cardiovascular	Reposo	2° Ejercicio	Recup.

Columna Vertebral	Normal	Cif.	Lord.	Esc.
Miembros Superiores				
Miembros Inferiores				

Si se indican exámenes complementarios, especificar e informar al final el resultado de los estudios

Impresión Diagnóstica Clínica		
Normal	Derivado a:	Debe volver
Observaciones (si recomiendan otros exámenes complementarios, otros tratamientos particulares o cuidado especial)		

CONSTE que atendí a _____ Documento de Identidad N° _____ de _____ años de edad y que se encuentra clínicamente en buen estado de salud al día de la fecha, pudiendo participar de las actividades programadas por la Institución.

Firma del médico:

Sello:

Lugar y fecha: _____

NOTIFICADO:

Firma:² _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

Lugar y fecha: _____

² En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL

- a. Informe de laboratorio de análisis clínicos: citológico completo (Eritrosedimentación, Uremia, Glucemia, Orina Completa, Machado Guerrero, VDRL, fórmula leucocitaria, Wasserman). Dicho laboratorio debe estar completo y no puede presentar más de 60 días de realizado al momento de la revisión médica.
- b. Radiografías con informe e identificación plomada o computarizada (Rx Tórax, Columna Lumbrosacra (frente y perfil), Columna Cervical (frente y perfil).
- b. Informe oftalmológico y ORL: Audiometrías o estudios de ojos.
- c. Informe psicológico.
- d. Informe odontológico.
- e.

DECLARO BAJO JURAMENTO que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.

ME COMPROMETO además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata. Asimismo dejo expresa constancia que **AUTORIZO** a la Dirección del Instituto (o a quién esta designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma:¹ _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

Lugar y fecha: _____

¹ En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor