

INSTRUCTIVO LLENADO FICHA MÉDICA

1. Para completar la ficha médica, puede recurrir al médico de cabecera del interesado. En caso de que no lo posea, cualquier médico clínico de cualquier institución sanitaria pública o privada puede completarlo.
2. Las páginas 4 y 5 **deben estar firmadas ambas hojas**, en caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.
3. Los estudios que figuran en la página 5, quedan a criterio del médico que completa la misma pedirlos o no, en el Instituto sólo debe entregarse la Ficha Médica debidamente completa, los estudios que solicite el facultativo, **no deben entregarse en el Instituto, ya que pertenecen al interesado.**

LA FICHA MÉDICA DEBIDAMENTE DEBERÁ SER ENTREGADA AL MOMENTO DE REALIZARSE LA MATRICULACIÓN EN LOS DÍAS Y HORARIOS INDICADOS OPORTUNAMENTE. SU NO PRESENTACIÓN IMPLICARÁ QUE NO PUEDA REALIZARSE LA MATRICULACIÓN DEL ALUMNO. DEBERÁ TOMAR LAS PRECAUCIONES CORRESPONDIENTES PARA NO TENER INCONVENIENTES CON LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.

**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**

FICHA MÉDICA DE SALUD

Apellido/s y nombre/s		Tipo y N° de documento	Legajo N° / Matrícula
Calle	Número	Barrio	
Localidad	Provincia	N° de teléfono / celular	
Lugar de nacimiento (Localidad y Provincia)		Fecha de nacimiento	
Carrera		Curso / División / Turno	
Obra Social a la que pertenece		N° de Afiliado	

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Apellido/s y nombre/s		Parentesco
Calle	Número	Barrio
Localidad	Provincia	N° de teléfono / celular

ANTECEDENTES

1. Vacunación

Nombre	SI	NO	Ignora
BCG			
Doble			
Triple			
Sabin			
Refuerzo antitetánica			
Fecha Aproximada			

3. Alergias

	Tipo o grado
Comidas	
Medicamentos	
Antibióticos	
Penicilina	
Insectos	
Otros:	

2. Antecedentes Patológicos

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aprox.
Asma			
Desmayo			
Convulsiones			
Epilepsia			
Sinusitis			
Hepatitis			
Bronquitis			
Laringitis			
Afecciones cardíacas			
Afecciones de oídos			
Problemas óseos			
Problemas articulares			
Hemorragias			
Dolores de cabeza			
Otros:			

**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 deajo 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