Provincia de Formosa
Ministerio de Cultura y Educación
ESCUELA PRIVADA DE NIVEL MEDIO "DON BOSCO"

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE (Datos completados por el Tutor en Letra Imprenta Mayúscula legible)

Apellidos:……. Nombres:…… DNI N°:……

Fecha de Nacimiento:…../……/……. Grupo Sanguíneo:…….. Factor:……

Domicilio:……..

Teléfonos: Particular (Domicilio)……. Teléfono Celular:……..

Nombre del Padre/Madre o Tutor:…… Tel.Celular:……..……

Domicilio Laboral del Tutor:…….. Teléfono:……

Médico de Cabecera del Estudiante:……

INFORMACIÓN MÉDICA PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO

HISTORIA CLÍNICA (*) Marcar con una X las opciones que resultan positivas

1		Enfermedades Congénitas	18		Sarampión	35		Enferm. de Ganglios
2		Traumatismos	19		Enfermedades Digestivas	36		Enferm. de la Vista
3		Gripes Fuertes	20		Hepatitis/Enfermedades del Hígado	37		Enferm. Glandulares
4		Lesiones Articulares	21		Enfermedades Renales	38		Interv. Quirúrgicas
5		Fracturas/Esguinces	22		Infecciones Urinarias	39		Heridas
6		Enfermedades de los Huesos	23		Enfermedades de Genitales	40		Enferm. de la Piel
7		Enfermedades Musculares	24		Enfermedades Neurológicas	41		Enferm. Auditivas
8		Fiebre Reumática	25		Dolores de Cabeza/Mareos	42		Infecciones Crónicas
9		Artritis/Artrosis	26		Convulsiones/Epilepsia	43		Psoriasis
10		Enfermedades Respiratorias	27		Pérdida de Conocimiento	44		Consume Alcohol
11		Enfermedades Articulares	28		Deshidratación	45		Consume Tabaco
12		Sinusitis/Otitis/Anginas	29		Enfermedades Psiquiátricas	46		Enferm Venéreas
13		Asma	30		Diabetes	47		Recibió Transfusiones
14		Neumonía/Bronconeumonía	31		Celiaquía	48		Recibió Diálisis
15		Varicela	32		Chagas	49		Recibió Hemodiálisis
16		Rubeola	33		Enfermedades Cardíacas	50		Hipertensión Arterial
17		Paperas	34		Enferm. de la Sangre	51		Toma Medicación

ES ALÉRGICO A:			VALORACIÓN FUNCIONAL		
52		Polvo – Polen	59		**Frecuencia Cardíaca Basal**
53		Medicamentos ¿Cuál?	60		**Frecuencia Respiratoria Basal**
54		Plumas	61		**Tensión Arterial Basal**
55		Comidas	62		**Peso/Masa**
56		Antibióticos	63		**Altura**
57		Picaduras de Insectos	64	**ECG (Obligatorio) – ANEXAR EL INFORME DEL CARDIÓLOGO**	
58		Otros (especificar)			

ESTUDIOS ESPECÍFICOS COMPLEMENATRIOS

En caso de ser solicitado por el Profesional tratante agregar copia del Informe de:	Ergometría
	TAC
	RMN

OFTALMOLOGÍA:

Usa Anteojos (y/o Lentes de contacto) (…..) Miopía (….) Hipermetría (….)
Estrabismo (….) Astigmatismo (….) Agudeza Visual Normal (…..) Anormal (….)

Firma y Sello del Profesional Oftalmólogo:……

ODONTOLOGÍA:

Piezas dentarias Completas (….) Incompletas (….) Caries Si NO
Apto SI NO Firma y Sello del Profesional Odontólogo……

ESTUDIOS ANEXADOS:……..
……
……
……

TRATAMIENTOS PROLONGADOS CON HISTORIA CLÍNICA:……..
……
……

FECHAS PROGRAMADAS DE CONTROL EN EL HAC Y/O NOSOCOMIOS FUERA DE LA PROVINCIA (CON PRESENTACIÓN DE CERTIFICADOS PERTINENTES Y/O HISTORIA CLÍNICA):

FECHAS	LUGAR	PRESENTÓ CERTIFICACIÓN

EVALUACIÓN CLÍNICA FIRMADA POR EL MÉDICO CLÍNICO

CERTIFICO que ……. de …… años de edad, cuya Historia Clínica queda en …… ha sido examinado clínicamente y se encuentra APTO para realizar Actividades deportivas, recreativas y competitivas adecuadas a su edad y género.

…….. **……**

Firma y Sello del Médico **Localidad, Fecha y Hora**

AUTORIZACIÓN FIRMADA POR LOS PADRES Y/O TUTORES

Según mi leal consentimiento AUTORIZO a …….. DNI N° ……., alumno/a de …… año ……División, a participar y realizar los entrenamientos, encuentros, competencias deportivas y actividades de Educación Física de la EPNM Don Bosco y declaro verídicos todos los datos que proporciono en la presente ficha.

……. **……**

Firma y Aclaración Padre / **Madre o Tutor - DNI**

SRES. PADRES, TUTORES Y/O ENCARGADOS: LA FICHA MÉDICA DEBIDAMENTE COMPLETA POR EL MÉDICO PEDIATRA, CLÍNICO O CARDIÓLOGO DEBE SER ENTREGADA AL 01/03/2027 EN PRECEPTORÍA EN SU TURNO CORRESPONDIENTE (COS TURNO MAÑANA Y CBS TURNO TARDE) NO SE ENTREGA AL PROFESOR/A DE EDUCACIÓN FÍSICA. LA NO PRESENTACIÓN EN TIEMPO Y FORMA AMERITA LA IMPOSIBILIDAD DE ASISTIR A LAS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA Y SU CONSECUENTE AUSENTISMO.

FICHA MÉDICA – CICLO LECTIVO 2027

RECEPCIONÓ
Preceptor:
Fecha:

Fecha de Notificación del Profesor/a de Educación Física	**……/……/…….**
Firma y Aclaración	

VALIDEZ DE LA FICHA MÉDICA: UN (01) AÑO LECTIVO
VENCIMIENTO: 31/12/2027