

NIÑOS Y JÓVENES: FICHA MÉDICA

TELÉFONO DE CONTACTO:

APELLIDOS Y NOMBRE

ANTECEDENTES PERSONALES
A LLENAR POR LOS PADRES

NACIÓ EN PARTO NORMAL

Si	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió NO, detallar:

VACUNACIONES

B.C.G

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 TRIPLE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 ANTISARAMPIONOSA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 DOBLE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 REFUERZO ANTITETANICA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SARAMPIÓN

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 VARICELA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 RUBEOLA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 ESCARLATINA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 COQUELUCHE (Tos Convulsa)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 PAROTIDITIS (Papera)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

OTRAS:

DIABETES

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Tipo y Medicación:

HEPATITIS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Tipo:

ASMA O ENFERMEDADES ALÉRGICAS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

En caso de contestar SI detallar:

TRAUMATISMO DE CRÁNEO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

con perdida de conocimiento:

FRACTURA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

En caso de responder SI detallar:

EPILEPSIA O DIRRITMIA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

En caso de responder SI detallar:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

En caso de responder SI detallar:

LESIONES DEPORTIVAS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Eximimos de toda responsabilidad a la Municipalidad de Las Flores, funcionarios, profesores u otros docentes a cargo de la Escuela Municipal de Deporte por accidentes propios de la actividad.

Firma y aclaración del padre, madre o tutor

DOCUMENTO	SEXO	NACIMIENTO		
	F M	DÍA	MES	AÑO
NÚMERO	F M	DÍA	MES	AÑO
DIRECCIÓN:				
EXAMEN FÍSICO (A LLENAR POR EL MÉDICO)				
PESO		GRUPO SANGUINEO		
TALLA	FACTOR	RH		

Si NO

APARATO RESPIRATORIO:

APARATO CARDIOCIRCULATORIO

TA	<input type="checkbox"/>
FC	<input type="checkbox"/>

Obs:

AUSCULTACIÓN

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silencios libres	<input type="checkbox"/>

 Pulsos perif. presentes y simétricos

APARATO DIGESTIVO.....

HERNIA:

OSTEARTICULAR:

POSTURA:

PIE; (Plano, Cavo, Talo, Vago)

OTRAS:

DERMOPATIAS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Usa anteojos:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Otros datos a consignar:

EXAMEN BUCODENTAL:

FALTAN PIEZAS:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

CARIES:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

NOTA: En caso de observar algún dato positivo resultante de la revisión clínica, que no figure en la planilla describir a continuación:

El paciente se encuentra clinicamente apto para desarrollar actividad física y deportiva acorde a su edad, sexo y textura física.

DATOS DEL MÉDICO

Apellido y Nombres	
Firma, Sello y Matricula	

Observaciones:

Lugar y Fecha: