

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL
INSTITUTO SUPERIOR SANTO DOMINGO

FICHA MÉDICA DE SALUD

Apellido y Nombres						Nº de Documento					
Calle				Número				Barrio			
Localidad				Provincia				Teléfono fijo (incluir característica)			
Lugar de nacimiento (localidad y provincia)						Fecha de nacimiento			Teléfono móvil (incluir característica)		
ASC	TELE	WEB	ADM	DIS	DES	IA	Presencial	Distancia	Presencial On-line		
Carrera (marcar lo que corresponda)						Modalidad (marcar lo que corresponda)					
Obra Social a la que pertenece						Número de Afiliado					

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Apellido y Nombres						Parentesco					
Calle				Número				Barrio			
Localidad				Provincia							
Teléfono Fijo (incluir característica)						Teléfono Móvil (incluir característica)					

ANTECEDENTES:

1. Vacunación			
Nombre	Si	No	Ignora
BCG			
Doble			
Triple			
Sabín			

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			

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL
INSTITUTO SUPERIOR SANTO DOMINGO

4. Intervenciones Quirúrgicas		
Nombre	Fecha	Observaciones

6. Medicamentos no prescritos		
Tipo	Sí	No
Estimulantes		
Anabólicos		
Esteroides		

7. Medicamentos prescritos	
Nombre	Observaciones

5. Durante la actividad física sufrió/e:		
	Sí	No
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		

8. Grupo Sanguíneo	
Grupo	
Factor RH	

9. Otras enfermedades que considere de importancia mencionar:				
Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aprox.	Observaciones

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL
INSTITUTO SUPERIOR SANTO DOMINGO

INFORME MÉDICO

Examen Físico			Examen Bucodental		Sí	No
	Peso:	Kg.		Faltan piezas		
	Talla:	Cm.		Caries		

Examen Oftalmológico	
Examen Piel y T.C.S.C.:	
Examen Cabeza y Cuello	
Auscultación	
Frecuencia Cardíaca	
Tensión Arterial	
Examen Respiratorio	
Examen Abdomen	
Examen Genitourinario	
Examen Osteoarticular	
Examen Neurológico	
Examen Cardiovascular	
Columna Vertebral	

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL
INSTITUTO SUPERIOR SANTO DOMINGO

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

CONSTE que atendí a
DNI 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 y sello del médico:

Lugar y fecha:

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, deja expresa constancia que **AUTORIZO** a la Dirección del Instituto (o a quien esta designe) a hacer asistir al titular de estos datos, por personal calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma del alumno:

Aclaración:

DNI:

Lugar y fecha: