

**FICHA MÉDICA PARA EL INGRESO ESCOLAR  
PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA**

Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Antecedentes personales del niño/a (cirugías, enfermedades crónicas, otras, etc.) \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares: \_\_\_\_\_

Presenta algún tipo de alergias: SI  NO  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_Vacunas: Carnet completo  Carnet incompleto 

Exámen Físico: \_\_\_\_\_

Peso:  Talla: Estado Nutricional: Adecuado  Bajo peso  Sobrepeso 

Exámen Cardiovascular: \_\_\_\_\_

Tensión Arterial: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Exámen Aparato Respiratorio: \_\_\_\_\_

Exámen Abdominal: \_\_\_\_\_

Exámen Osteoarticular: Normal  Patológico Maniobra de Adams positiva  Alteraciones de la marcha  Otros  \_\_\_\_\_

Evaluación Madurativa:

Estadio de Tanner: \_\_\_\_\_ Menarca: \_\_\_\_\_ Ritmo menstrual: \_\_\_\_\_

Exámen Oftalmológico: Normal  Patológico   
Necesita Anteojos 

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma y sello del profesional oftalmólogo: \_\_\_\_\_

Exámen Odontológico: Apto Odontológico  Necesita tratamiento Odontológico *En caso de necesitar tratamiento odontológico puede ser realizado de manera gratuita en el CAPS, en varias sesiones hasta lograr una boca sana.*

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma y sello del profesional odontólogo: \_\_\_\_\_

Indicaciones: \_\_\_\_\_

Observaciones Comentarios: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma y sello del Médico: \_\_\_\_\_

*Manifiesto que cualquier modificación en el estado de salud del alumno informado en la presente ficha de salud, será notificada a la institución para su actualización en el legajo del alumno.*

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del responsable parental: \_\_\_\_\_