

FICHA MÉDICA - IES N° 9-018 "Gdor. Celso Jaque"

Datos a Completar por el Alumno (mayor de 21 años) o Padre/Madre/Tutor:

DATOS PERSONALES:	
APELLIDO y Nombre:	DNI N°:
Domicilio:	TELÉFONO: ()

EN CASO DE SER NECESARIO o EMERGENCIA, AVISAR A:	
NOMBRE Y APELLIDO:	
Parentesco:	TELÉFONO: ()
NOMBRE Y APELLIDO:	
Parentesco:	TELÉFONO: ()

GRUPO SANGUÍNEO: _____
¿CUENTA CON ALGUNA COBERTURA MÉDICA Y/O SEGURO? SÍ NO
En caso afirmativo, especificar lo siguiente:

¿CUÁL?:	N° DE AFILIADO:
---------	-----------------

¿HA TENIDO O TIENE ALGUNO DE ESTOS PADECIMIENTOS?
En caso afirmativo, marcar con una X y especificar de ser necesario:

ASMA ()	DIABETES ()
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ()	EPILEPSIA ()
ENFERMEDADES CARDÍACAS ()	CONVULSIONES ()
ENFERMEDADES GÁSTRICAS ()	HERNIAS ()
HEPATITIS ()	CELIAQUISMO ()
ANEMIAS ()	DOLOR DE CABEZA SEVERO ()
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ()	PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS ()
HIPOTENSIÓN ARTERIAL ()	FRACTURAS Y/O TRAUMATISMOS EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS ()

ALGUNA OTRA ENFERMEDAD:

OBSERVACIONES / ESPECIFICACIONES:

¿HA PADECIDO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SÍ NO
En caso afirmativo, especificar:

¿CUÁL?:

¿CUENTA CON CALENDARIO DE VACUNACIÓN COMPLETO? SÍ NO	
ANTITETÁNICA: SÍ __/__/____ NO (En caso afirmativo, indicar fecha de aplicación)	ANTIGRI PAL: SÍ __/__/____ NO (En caso afirmativo, indicar fecha de aplicación)

¿PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIAS? SÍ NO En caso afirmativo, especificar:
- ALIMENTOS:
- MEDICAMENTOS:
- FACTORES AMBIENTALES:
- OTROS:
¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO EN FORMA PROLONGADA? SÍ NO En caso afirmativo, especificar ¿CUÁL?: <u>Nota:</u> para el caso de salidas de campo, deberá llevar receta médica con prescripción de la medicación necesaria e indicaciones de uso y administración.
¿SIGUE ALGUNA DIETA MÉDICA EN PARTICULAR? SÍ NO En caso afirmativo, especificar ¿CUÁL?:
POSEE C.U.D. (Certificado Único de Discapacidad) SÍ NO
¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE REQUIERA ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN ESPECIAL? SÍ NO En caso afirmativo, especificar cuál y Que tipo de atención?
OTROS DATOS QUE CONSIDERE DE INTERÉS:

Declaro que la información suministrada es completa y verídica; cualquier omisión queda bajo mi exclusiva responsabilidad y se realiza para ser archivada en el IES N° 9-018 "Gdor. Celso Jaque"

Firma del Alumno (mayor de 21 años) o Padre/Madre/Tutor: _____

Aclaración _____ Fecha ___/___/___

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFISICA

A COMPLETAR y FIRMAR EXCLUSIVAMENTE POR MÉDICO DE EFECTOR PUBLICO

Apellido y Nombre: _____ N°: _____

Edad: _____ Talla: _____ Peso: _____

Frecuencia Cardíaca: _____ Tensión Arterial: _____ Frecuencia Respiratoria: _____

Examen Abdominal: _____ Examen Cabeza y Cuello: _____

Presenta DIFICULTADES VISUALES: SÍ NO

Presenta DIFICULTADES AUDITIVAS: SÍ NO

Presenta DIFICULTADES MOTORAS: SÍ NO

INFORME DE APTITUD CLÍNICA (Observaciones): _____

POR EL PRESENTE SE DECLARA LA APTITUD PSICOFÍSICA DEL INTERESADO, QUEDANDO APTO PARA REALIZAR ESTUDIOS Y PRÁCTICAS DE NIVEL SUPERIOR.

Firma y sello del Profesional Medico: _____

Fecha ___/___/___