



HOLMBERG DEUTSCHE SCHULE QUILMES

Departamento de Educación Física

FICHA MÉDICA

Datos personales del alumno

Apellido:	Nombre:	Documento:
F. de Nacimiento:/...../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Obra Social:	Nº Afiliado:	
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:		

Historia Clínica (*)

Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas

1	Enfermedades Congénitas	18	Paperas	35	Enfermedades de la Sangre
2	Traumatismos	19	Sarampión	36	Enfermedades de Ganglios
3	Operaciones	20	Enfermedades Digestivas	37	Enfermedades de la Vista
4	Golpes Fuertes	21	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	Enfermedades Glandulares
5	Lesiones Articulares	22	Enfermedades Renales	39	Intervenciones Quirúrgicas
6	Fracturas - Esguinces	23	Infecciones Urinarias	40	Heridas
7	Enfermedades de los Huesos	24	Enfermedades de Genitales	41	Enfermedades de la Piel
8	Enfermedades Musculares	25	Enfermedades Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumática	26	Dolores de Cabeza - Mareos	43	Infecciones Crónicas
10	Artritis - Artrosis	27	Convulsiones - Epilepsia	44	Psoriasis
14	Asma	31	Diabetes	45	Recibió Transfusiones
15	Neumonía - Bronconeumonía	32	Chagas	46	Recibió Hemodiálisis
16	Varicela	33	Soplos del Corazón	47	Hipertensión Arterial
17	Rubéola	34	Enfermedades Cardíacas	48	Toma Medicación

Es alérgico a:

<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/>	Comidas	

49- Calendario de Vacunación Completo

SI NO
Completar al dorso dosis faltantes

Para ser completado por el médico

Valoración Funcional

Frecuencia Cardíaca Basal	
Frecuencia Respiratoria Basal	
Tensión Arterial Basal	

E.C.G.(obligatorio)

Evaluación Clínica (*)

50	Cabeza y Cuello	54	Boca y Faringe	58	Abdomen
51	Ojos	55	Nariz y Pulmones	59	Columna Vertebral
52	Oídos	56	Corazón	60	Neurológico
53	Toma Medicación (Especificar)	57	Pulsos Periféricos	61	Comentarios de Importancia?

Certifico que.....de.....años de edad, cuya historia clínica queda en....., ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

Firma y Sello del Médico

Localidad, Fecha y Hora

Nota: los análisis clínicos deberán ser conservados por el término de un año, ya que podrá ser solicitada su presentación.

(*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción