

COLEGIO SAN LUCAS

HISTORIA CLINICA Y CERIFICADO UNICO PAR A LA PRACTICA DE EDUCACION FISICA

1) Nombre del Alumno/a:.....

Domicilio:.....Barrio:.....

DNI:.....Curso:.....Div:.....Nivel:.....

Medico de Cabecera:.....Teléfono:.....

2) Anamnesia:

Padece alguna enfermedad crónica? Si.... No...Cual?.....

Recibe medicación permanente? Si.... No...Cual?.....

Sangra con facilidad? Si.....No.....Otros datos aportados por los padres.....

.....

Observaciones:.....

I/C Especialista:.....

3) Inmunizaciones:

Ingreso escolar: Rzo. B.C.G - Fecha: / / - Rzo. DPT Fecha: / /
Rzo. Sabin - Fecha: / / - Rzo Dta. Fecha: / /

4) Peso

Talla

Adecuado p/ edad:.....

Adecuado p/ edad:.....

Por encima esperado:.....

Por encima esperado:.....

Por debajo esperado.

Por debajo esperado:.....

Tabla utilizada:.....

Observaciones:.....

5) Examen físico:

a) Pie y tejido celular subcutáneo :

Coloración: Normal.....Anormal.....

Palidez piel y/o mucosas: Si - No

Manchas café con leche: Si - No

Dartros volantes: Si - No

Lesiones por: Pediculosis Si - No

Escabiosos: Si - No

Pío dermatitis Si - No

Otras: Si - No

Edemas Si - No

Localizadas:

Adenopatías: Si - No

Localizadas:

Uñas: Normales:.....

Anormales:.....

Observaciones:.....

b) Cabeza y Cuello:

Pabellón auricular Normal:..... Anormal:.....

Audición: Normal:..... Hipoacusia:.....

Trastornos del lenguaje: Si - No Agudeza visual: Normal - Alteraciones

Estrabismo Si - No Visión de Colores: Normal - Daltonismo

Observaciones:.....

c) Aparato Respiratorio:

Antecedentes Pers. Alérgicos: Si - No Cuales?.....

Durante o post. Al ejercicio presenta: tos - Disnea - Ninguno

Usa antiinflamatorio no esteroides? Si - No

Presenta síntomas respiratorios en relación a la ingesta? Si - No

Padece algún tipo de alergia? Si - No Cual?.....

Es alérgico a algún medicamento? Si - No Cual?.....

Observaciones:.....

d) Aparato Cardiovascular:

Antecedente de: Soplos – Cianosis Hipert. Arterial Arritmias
Examen Físico: Normal - Anormal Tensión Arterial Max:.....Min:.....
Pulsos periféricos: Normal:.....Anormal:.....
Observaciones:.....

e) Sistema Nervioso:

Perdida de conocimiento: Si - No Convulsiones o Ausencias: Si - No
Cefaleas: Si - No Parálisis o Pérdida de Fuerzas: Si - No
Debilidad Mús. Con el ejec. (Miastenia) Si - No Ex. Físico: Normal – Anormal
Observaciones:.....
I/C Especialista:.....

f) Sistema Osteoarticular:

Antecedentes de Claudicación: Si - No Malformaciones: Si - No
Parálisis Si - No Acortamiento o deformidad de miembros: Si - No
Cifosis: SI - No Examen físico Normal Anormal
Observaciones;.....
I/C Especialista:

g) Sistema genitourinario:

Finosis; Si - No Criptorquidia Si - No Hipopedias: Si - No
Varicocele: Si - No Hicrocete: Si - No Pubarca; Si - No Menarca: Si - No
Observaciones:

h) Abdomen:

Hepatomegalia: SI - No Esplenomegalia Si - No Henias: Si - No
Examen físico: Normal - Anormal
Observaciones:.....
I/C Especialista.....

6) **Examen Odontológico**

Bueno:..... En Tratamiento:..... Fecha: -----/-----/-----

Observaciones:.....

Firma y Sello Odontólogo:.....

7) **Diagnostico Final**

.....
Conclusión para la práctica de Educación Física: Apto - No Apto
Recomendaciones:.....

Firma y Sello del Medico:.....

8) **Autorización**

SI - NO Autorizo a mi hijo a medicar en caso de emergencia

Firma y aclaración del Padre y/o Tutor :

RESOLUCION CONJUNTA

MINISTERIO DE EDUCACION N° 1647

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA N° 1521

Expediente N° 87-8551/08

CERTIFICADO DE SALUD

Certifico que.....
DNI N°:de.....años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las.....hs, encontrándose en condiciones de concurrir a.....

No presenta signos ni síntomas de enfermedad Infecto- Contagiosa.-

Esquema de vacunación: Completo Incompleto

Peso:.....Talla:.....T/A.....

Observaciones:
.....

Salud Bucal: Bueno En tratamiento

*Firma del Padre / Madre
O Responsable Legal
DNI N°.....*

*Firma del Odontólogo
Fecha...../...../.....*

*Firma del Pediatra
Fecha...../...../.....*

CERTIFICADO DE SALUD ESCOLAR

Certifico que.....
DNI:de.....años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las.....ha., encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas las propias de la Educación Física escolar curricular, que debe corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

No presenta signos ni síntomas de enfermedad Infecto- Contagiosa.-

Esquema de vacunación: Completo Incompleto

Peso:.....Talla:.....T/A.....

Observaciones:
.....

Salud Bucal: Bueno En tratamiento

*Firma del Padre / Madre
O Responsable Legal
DNI N°.....*

*Firma del Odontólogo
Fecha...../...../.....*

*Firma del Pediatra
Fecha...../...../.....*