

Colonia de verano 2023

F I C H A M E D I C A

Fecha / /

Apellido y nombre:

Domicilio:

Localidad:

Pcia.:

Grupo sanguíneo:

Fecha de nacimiento: / /

Sala o grado que cursará en 2023:

Obra social:

Afiliado N°

Teléfono:

A completar por el/la adulto responsable

Nació de parto normal

SI / NO

Si la respuesta es NO, comente resumidamente
las circunstancias

VACUNACIONES

B.C.G.

SI / NO

Triple

SI / NO

Sabín

SI / NO

Antisarampionosa

SI / NO

Doble

SI / NO

Refuerzo antitetánica

SI / NO

Covid19 1° dosis SI / NO / 2° dosis SI / NO
3° dosis SI / NO

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Sarampión

SI / NO

Varicela

SI / NO

Rubeola

SI / NO

Escarlatina

SI / NO

Conqueluche (Tos convulsa)

SI / NO

Paroditis (Paperas)

SI / NO

Otras:

Hepatitis

SI / NO

A completar por el/la médico/a

Talla:

cm

Peso:

Kg.

SEMIOLOGÍA

(Consigne solo los datos positivos)

Aparato respiratorio:

APARATO CARDIORESPIRATORIO

Pulso:

Tensión arterial:

Auscultación:

Aparato digestivo:

Osteoarticular:

Postura:

Pie (plano, cavo, talo, valgo):

Columna

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Usa anteojos

SI / NO

Otros datos a consignar:

EXAMEN BUCODENTAL

Faltan piezas dentarias:

SI / NO

Caries:

SI / NO



Colonia de verano 2023

F I C H A M E D I C A

A completar por el/la adulte responsable

Enfermedades alérgicas **SI / NO**

Si la respuesta es SI:

> A medicamentos

> A comidas

> A Picaduras

> Otros (especificar): _____

¿Toma medicamentos? **SI / NO**
(Indicar nombre, dosis, vía y horario)

¿Realiza algún tratamiento médico
o psicológico? **SI / NO**
Detalle _____

¿Presenta algún tipo de dificultad
o enfermedad actualmente?

Firma del Adulto/a responsable:

Aclaración _____

Vínculo _____

Firma del Adulto/a responsable:

Aclaración _____

Vínculo _____

A completar por el/la médico/a

Indique algún dato positivo resultante de la
revisación clínica: _____

Firma y sello del médico

La presente reviste carácter
de Declaración Jurada

