



**CERTIFICADO DE SALUD PARA EDUCACIÓN FÍSICA
EDUCACIÓN INICIAL, PRIMARIA Y SECUNDARIA**

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 y al momento del examen, se encuentra **en condiciones de realizar educación física escolar habitual, que corresponda a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.**

Peso: Talla: Tensión Arterial:

Carnet de vacunas completo para la edad: SI NO

Indicaciones: _____

Observaciones/Comentarios: _____

Fecha: _____|_____|_____

Firma y sello del médico

**FICHA MÉDICA PARA EL INGRESO ESCOLAR
EDUCACIÓN INICIAL (5 AÑOS) Y PRIMER GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA**

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 _____

Exámen Oftalmológico: Normal Patológico
Necesita Anteojos

Fecha: ____/____/____ Firma y sello del profesional oftalmólogo: _____

Exámen Fonoaudiológico:

Barrido Tonal o Audiometría: Normal Patológico

Lenguaje, habla y/o comunicación: Normal Patológico

Fecha: ____/____/____ Firma y sello del profesional fonoaudiólogo: _____

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: _____