



**INSTITUTO CARDENAL STEPINAC**  
**DIPREGEP 402 - 5078**  
**FICHA MEDICA DE SALUD PARA**  
**EDUCACION FISICA**

Fecha:...../...../.....  
 Apellido y Nombres:.....D.N.I.:.....  
 Edad:..... Sexo:..... Fecha Nacim.:...../...../..... Grado / Sección:.....  
 Domicilio:.....Localidad:.....Te:.....

**Antecedentes**

**1.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS**

Enfermedades Imp:.....  
 .....  
 Cirugias:.....  
 .....  
 Traumatismo imp:.....  
 .....  
 Alergico (especificar):.....  
 .....

**2.- MEDICAMENTOS NO PRESCRIPTOS**

Especificar:.....  
 .....  
 .....

**3.- MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS**

Especificar:.....  
 .....  
 .....

**4.- OTRA INFORMACION A TENER EN CUENTA:**

Especificar:.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Examen médico:**

**1.- EXAMEN FISICO**

Peso:..... Talla:..... Rel Peso/Talla:.....

**2.EXAMEN OFTALMOLOGICO**

Agudeza Visual:.....DE:.....IZ:.....

|              |                          |                          |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
|              | Si                       | No                       |
| Usa anteojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3.EXAMEN PIEL Y T. C. S. C.**

**4.EXAMEN CABEZA Y CUELLO**

**5.EXAMEN CARDIOVASCULAR**

Reposo    2ºEjercicio    Recuperación

Auscultación:.....  
 Frec. Cardíaca:.....  
 Tensión Arterial:.....

**6.EXAMEN RESPIRATORIO**

**7.EXAMEN ABDOMEN**

**8.EXAMEN GENITOURINARIO**

Desarrollo Sexual:.....  
 .....

**9.EXAMEN NEUROLOGICO**

**10.SE INDICAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Especificar:.....  
 .....

**11. IMPRESION DIAGNOSTICO CLINICA**

Normal: :.....  
 Debe Volver:.....  
 Derivado a:.....

Observaciones: .....

NO APTO desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas de la programática escolar

Lugar y fecha:.....

Firma y sello del Médico .....

APTO desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas de la programática escolar

Lugar y fecha:.....

Firma y sello del Médico .....

Grupo Sanguíneo:..... Factor:.....