



Colegio Tierra del Sur

FICHA DE SALUD PARA SER COMPLETADA POR LOS MÉDICOS CORRESPONDIENTES 1/2
(Por favor completar en letra clara y legible)

NOMBRE Y APELLIDO		FECHA DE EXÁMEN	

ALTURA		PESO		TENSIÓN ARTERIAL
	Mts.		Kgs.	

1) EXÁMEN DEL APARATO RESPIRATORIO

Tórax N P Auscultación Ruidos ↓ ↑ FR _____xm

2) EXÁMEN DEL APARATO CARDIOVASCULAR

Auscultación 2R - 4F N ↓ ↑ . FC _____xm. TA _____xm. SI NO

3) EXÁMEN ABDOMINAL

Palp. Sup N P Distensión SI NO

Profunda N P

CTE	N	P	ALTERACIONES	N	P
INTERV. QUIRÚRGICAS	SI	NO	HEPATITIS	SI	NO
ENF. ENDÓCRINAS	SI	NO	EPILEPSIA	SI	NO
DISRRITMIA CEREBRAL	SI	NO	ENF. DE PIEL	SI	NO
ALTERACIONES AUDITIVAS	SI	NO	SINUSITIS	SI	NO
ENF. GENITOURINARIAS	SI	NO	ASMA	SI	NO

4) VACUNACIÓN

COMPLETA **INCOMPLETA**

Tachar lo que NO corresponda

FECHA DE APLICACIÓN ANTITÉTANICA O REFUERZO ____/____/____

Otras enfermedades o problemas no detallados: _____

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE _____ DNI N° _____

SE HA ATENDIDO EN LA FECHA ____/____/____ Y SE ENCUENTRA APTO CLÍNICAMENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES ACUÁTICAS, DEPORTIVAS Y RECREATIVAS FUERA Y DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

MÉDICO EXAMINADOR: _____

TELÉFONO: _____ FIRMA Y SELLO _____



Colegio Tierra del Sur

FICHA DE SALUD PARA SER COMPLETADA POR LOS MÉDICOS CORRESPONDIENTES 1/2
(Por favor completar en letra clara y legible)

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

INFORME A CARGO DEL OFTALMÓLOGO - ADJUNTAR APTO MEDICO

FECHA ____ / ____ / ____

DIAGNÓSTICO:

MÉDICO :

FIRMA Y SELLO

ELECTROCARDIOGRAMA

INFORME A CARGO DEL CARDIÓLOGO - ADJUNTAR APTO MEDICO

FECHA ____ / ____ / ____

DIAGNÓSTICO:

MÉDICO :

FIRMA Y SELLO

EXÁMEN ODONTOLÓGICO

INFORME A CARGO DEL ODONTÓLOGO - ADJUNTAR APTO MEDICO

FECHA ____ / ____ / ____

DIAGNÓSTICO:

MÉDICO :

FIRMA Y SELLO

EXÁMEN AUDITIVO

INFORME A CARGO DEL OTORRINOLARINGÓLOGO - ADJUNTAR APTO MEDICO

FECHA ____ / ____ / ____

DIAGNÓSTICO:

MÉDICO :

FIRMA Y SELLO