



COLEGIO SANTA TERESA DE JESUS FICHA MÉDICA

Apellidos: _____ Grado: _____

Nombres: _____ Sección: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: M ___ F ___

Celular PADRE: _____ Celular MADRE: _____

Teléfono: _____

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Peso: _____

Talla: _____

Edad: _____

Índice de masa corp.: _____

SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardíaca: _____

Presión Arterial: _____

Frec. Respiratoria: _____

Electrocardiograma: _____

APP (ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES)

Cardiopatía: _____

Convulsión: _____

Diabetes: _____

Asma: _____

Alergia: _____

APF (ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES)

Cardiopatía: _____

Convulsión: _____

Diabetes: _____

Asma: _____

Alergia: _____



EXAMEN GENERAL

OBSERVACIÓN

Ojos	_____
Oidos	_____
Nariz	_____
Boca	_____
Garganta	_____
Neurológico	_____
Aparato Respiratorio	_____
Aparato Cardiovascular	_____
Abdomen	_____
Sistema Osteomuscular	_____
Evaluación de la columna	_____

LA/EL ALUMNA/O ES APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA:

SI NO

OBSERVACIONES: _____

Firma

Firma, sello y registro
del médico

Aclaración: _____

Fecha: ____ / ____ / ____