



Instituto Parroquial Nuestra Señora de Fátima  
Av. R. Varela Ortiz 2600 B ° Matienzo  
[www.insfatima.com.ar](http://www.insfatima.com.ar)

## INSTRUCTIVO LLENADO FICHA MÉDICA - NIVEL SUPERIOR

1. Para completar la ficha médica, puede recurrir al médico de cabecera del interesado. En caso de que no lo posea, cualquier médico clínico de cualquier institución sanitaria pública o privada puede completarlo.
2. Las páginas 5 y 6 deben estar firmadas ambas hojas, en caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.

**\*LA FICHA MÉDICA DEBIDAMENTE COMPLETA DEBERÁ SER ENTREGADA AL MOMENTO DE REALIZAR LA INSCRIPCIÓN DEFINITIVA (DICIEMBRE 2024) DE LUNES A VIERNES DE 8.30 A 12.30 HS POR LO TANTO, DEBERÁ TOMAR LAS PRECAUCIONES CORRESPONDIENTES PARA NO TENER INCONVENIENTES CON LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.**

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

## FICHA MÉDICA DE SALUD

Apellido/s y nombre/s		Tipo y N° de documento	Legajo N° / Matrícula
Calle	Número	Barrio	
Localidad		Provincia	N° de teléfono / celular
Lugar de nacimiento (Localidad y Provincia)		Fecha de nacimiento	
Carrera		Curso / División / Turno	
Obra Social a la que pertenece			N° de Afiliado

**EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:**

Apellido/s y nombre/s		Parentesco
Calle	Número	Barrio
Localidad		Provincia
		N° de teléfono / celular

### ANTECEDENTES

**1. Vacunación**

Nombre	SI	NO	Ignora
BCG			
Doble			
Triple			
Sabin			
Refuerzo antitetánica			
Fecha Aproximada			

**3. Alergias**

	Tipo o grado
Comidas	
Medicamentos	
Antibióticos	
Penicilina	
Insectos	
Otros:	

**2. Antecedentes Patológicos**

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aprox.
Asma			
Desmayo			
Convulsiones			
Epilepsia			
Sinusitis			
Hepatitis			
Bronquitis			
Laringitis			
Afecciones cardíacas			
Afecciones de oídos			
Problemas óseos			
Problemas articulares			
Hemorragias			
Dolores de cabeza			
Otros:			

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA  
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR  
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA  
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

**4. Intervenciones Quirúrgicas**

Nombre	Fecha	Obs.

**6. Medicamentos no prescritos**

Tipo	SI	NO
Estimulantes		
Anabólicos		
Esteroides		

**7. Medicamentos prescritos**

Nombre	Obs.

**5. Durante la actividad física sufrió/e:**

	SI	NO
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		

**8.:**

Grupo Sanguíneo	
Factor RH	

**9. Otras enfermedades de salud que considere de importancia mencionar:**

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aprox.

**10. Estudios con los que debe concurrir a la revisión médica:**

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA  
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR  
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA  
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

## **INFORME MÉDICO**

<b>Examen Físico</b>		<b>Examen Bucodental</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
	Peso: kg		Faltan piezas		
	Talla: cm		Caries		

<b>Examen Oftalmológico</b>		
Agudeza Visual	Der.:	Izq.:
Usa anteojos	SI	NO
Otros:		

<b>Examen Piel y T.C.S.C.:</b>
--------------------------------

Examen Cabeza y Cuello	
Auscultación	
Frecuencia cardiaca	
Tensión arterial	
Examen respiratorio	
Examen abdomen	
Examen genitourinario	
Examen oosteoarticular	
Examen neurológico	

---

Firma y sello del médico

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

<b>Examen Cardiovascular</b>	<b>Reposo</b>	<b>2° Ejercicio</b>	<b>Recup.</b>

<b>Columna Vertebral</b>	Normal	Cif.	Lord.	Esc.
<b>Miembros Superiores</b>				
<b>Miembros Inferiores</b>				

Si se indican exámenes complementarios, especificar e informar al final el resultado de los estudios

<b>Impresión Diagnóstica Clínica</b>		
Normal	Derivado a:	Debe volver
Observaciones (si recomiendan otros exámenes complementarios, otros tratamientos particulares o cuidado especial)		

**CONSTE** que atendí a \_\_\_\_\_ Documento de Identidad N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad y que se encuentra clínicamente en buen estado de salud al día de la fecha, pudiendo participar de las actividades programadas por la Institución.

Firma del médico:

Sello:

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**NOTIFICADO:**

Firma:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

- a. Informe de laboratorio de análisis clínicos: citológico completo (Eritrosedimentación, Uremia, Glucemia, Orina Completa, Machado Guerrero, VDRL, fórmula leucocitaria, Wasserman). Dicho laboratorio debe estar completo y no puede presentar más de 60 días de realizado al momento de la revisión médica.
- b. Radiografías con informe e identificación plomada o computarizada (Rx Tórax, Columna Lumbrosacra (frente y perfil), Columna Cervical (frente y perfil).
- c. Informe oftalmológico y ORL: Audiometrías y estudios de ojos.
- d. Informe psicológico.
- e. Informe odontológico.

**DECLARO BAJO JURAMENTO** que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.

**ME COMPROMETO** además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata. Asimismo dejo expresa constancia que **AUTORIZO** a la Dirección del Instituto (o a quién esta designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma:<sup>1</sup>\_\_\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_

Aclaración:\_\_\_\_\_

Aclaración:\_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor