



**CERTIFICADO DE SALUD PARA SEGUIMIENTO, CONTROL MEDICO y APTITUD FÍSICA
ESCUELAS EXPERIMENTALES UNT. FICHA COMPLETA – NIVEL INICIAL/ PRIMARIO**

APELLIDOS:

NOMBRES:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... EDAD: DNI Nº: OBRA SOCIAL:

Institución Educativa: Curso/Grado:

EXAMEN FÍSICO

VACUNAS: Carnet completo Carnet incompleto No presentó GRUPO SANGUÍNEO:

PESO: TALLA: IMC: TENSION ARTERIAL: /

ESTADO NUTRICIONAL: Adecuado Bajo peso: Sobre peso:

REQUIERE PLAN ALIMENTARIO ESPECIAL: Sí No ¿Cuál?

Firma y sello del profesional.....

EXAMEN CARDIOVASCULAR - RESPIRATORIO

AUSCULTACIÓN:

ELECTROCARDIOGRAMA. Informe:

EXAMEN APARATO RESPIRATORIO: NORMAL PARA CONTROL

Observaciones:

Firma y sello del profesional.....

EXAMEN ODONTOLÓGICO

APTO NECESITA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

OBSERVACIONES:

Firma y sello del profesional

EXAMEN OSTEOARTICULAR

NORMAL: PATOLÓGICO: MANIOBRA DE ADAMS POSITIVA:

ALTERACIONES DE LA MARCHA: OBSERVACIONES:

Firma y sello del profesional

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO

LENGUAJE: NORMAL PARA CONTROL REQUIERE ASISTENCIA

OBSERVACIONES:

Firma y sello del profesional.....

AUDICIÓN: NORMAL PARA CONTROL REQUIERE ASISTENCIA

OBSERVACIONES:

Firma y sello del profesional

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Usa Anteojos: Sí No

AGUDEZA VISUAL: Derecha: Izquierda:

Apto: Necesita Control:

Firma y sello del profesional.....

EVALUACIÓN/INFORME FINAL

OBSERVACIONES / COMENTARIOS:

Se deja constancia que el/la alumno/a ha sido examinado/a clínicamente en el día de la fecha y, al momento del examen, se encuentra en condiciones de realizar actividad física escolar o recreativa que corresponda a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

FECHA:/...../..... Firma y sello del profesional.....