



ESCUELA AGROTÉCNICA "LIB. GRAL. SAN MARTÍN"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

SEDE CASILDA

EXTENSIÓN ÁULICA: SEDE EL TRÉBOL

FICHA MÉDICA CICLO LECTIVO 2025

ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO DEBE SER COMPLETADO POR EL/LA MÉDICO/A DE CABECERA DEL/LA ESTUDIANTE INGRESANTE. EL MISMO SERÁ REVISADO POR EL MÉDICO ESCOLAR, QUIEN SE COMUNICARÁ CON LAS FAMILIAS EN CASO DE CONSIDERARLO OPORTUNO.

DATOS PERSONALES

1- APELLIDO y NOMBRE: _____

2- FECHA DE NACIMIENTO: _____ DNI N °: _____

3- OBRA SOCIAL: _____ LUGAR DE INTERNACIÓN: _____

4- TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

5- ANTECEDENTES PERSONALES:

Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH _____ Talla: _____ Peso: _____

DATOS MÉDICOS

Aparato Cardiovascular:

¿Trastornos? SI ___ NO ___

F.C. _____ Presión Arterial: _____

Auscultación - Observaciones _____

ECG Informe

Aparato Respiratorio:

Asma: SI ___ NO ___ Observaciones:

Sistema Nervioso:

Convulsiones: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Síncope: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Observaciones: _____

Sistema Locomotor:

Fracturas: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Alteraciones Posturales: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Observaciones: _____

Sistema Endocrino:

Diabetes: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Alt. Tiroideas: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Observaciones: _____

Aparato Digestivo:

Observaciones: _____

Enfermedades Infectocontagiosas: SI ___ NO ___

Cuáles: _____

Alergias: SI ___ NO ___

Detalle de alergias _____

Alergia a Medicamentos: SI ___ NO ___

Cuáles: _____

Cirugías: SI ___ NO ___

Cuáles: _____

Laboratorio:

- * Hemograma completo
- * Glicemia
- * Uremia
- * Colesterolemia
- * Trigliceridemia
- * Uricemia

Observaciones:

Tratamiento Médico actual o medicación habitual (dosis) SI ____ NO ____

Cuál:

En caso de enfermedad y/o accidente notificar a:

Nombre:

Dirección:.....

TE:.....

Lugar y fecha:

Firma y Sello del Médico

N° Matrícula:

Firma y aclaración Padre, Madre o Tutor/a: