

---

**CERTIFICADO DE SALUD PARA EDUCACIÓN FÍSICA  
EDUCACIÓN INICIAL, PRIMARIA Y SECUNDARIA**

---

Certifico que ..... DNI N° ..... de ..... años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen, se encuentra en condiciones de realizar educación física escolar habitual, que corresponda a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Peso:  Talla:  Tensión Arterial:

Carnet de vacunas completo para la edad: SI  NO

Apto para el ingreso a la pileta: SI  NO

Indicaciones: .....

Observaciones/Comentarios: .....

Fecha: | |

.....  
Firma y sello del médico

---

FICHA MÉDICA PARA EL INGRESO ESCOLAR  
EDUCACIÓN INICIAL (5 AÑOS) Y PRIMER GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA

Institución Educativa: .....

Nombre y Apellido: .....

Fecha de Nacimiento:     /     /..... Edad:..... DNI N° .....

Domicilio:.....

Antecedentes personales del niño/a (cirugías, enfermedades crónicas, otras, etc.) .....

Antecedentes Familiares: .....

Presenta algún tipo de alergias: SI           NO           ¿Cuáles?.....

Vacunas: Carnet completo           Carnet incompleto

Exámen Físico: .....

Peso:      Talla:

Estado Nutricional: Adecuado           Bajo peso           Sobrepeso

Exámen Cardiovascular: .....

Tensión Arterial:     /

Exámen Aparato Respiratorio: .....

Exámen Abdominal: .....

Exámen Osteoarticular:   NOFMal           Patológico

Maniobra de Adams positiva           Alteraciones de la marcha           Otros .....

Exámen Oftalmológico:   Normal           Patológico .....

Necesita Anteojos

Fecha:     /     /.....Firma y sello del profesional oftalmólogo: .....

Exámen Fonoaudiológico:

Barrido Tonal o Audiometría:           Normal           Patológico .....

Lenguaje, habla y/o comunicación:   Normal           Patológico .....

Fecha:     /     /.....Firma y sello del profesional fonoaudiólogo:.....

Exámen Odontológico:   Apto Odontológico           Necesita tratamiento Odontológico

En caso de necesitar tratamiento odontológico puede ser realizado de manera gratuita en el CAPS, en varias sesiones hasta lograr una boca sana.

Fecha:     /     /.....Firma y sello del profesional odontólogo: .....

Indicaciones:.....

Observaciones Comentarios: .....

Fecha:     /     /.....Firma y sello del Médico: .....

*Manifiesto que cualquier modificación en el estado de salud del alumno informado en esta presente ficha de salud, será notificada a la institución para su actualización en el legajo del alumno.*

Fecha:     /     /.....Firma del responsable parental: .....

