



Ficha médica

Fecha: / / 202..

DATOS PERSONALES DEL/A ESTUDIANTE

Apellido y nombres:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Domicilio actual: *Calle*

Nº

Ciudad:

Celular: ()

E-mail:

¿Tiene obra social?



NO



SI

¿Cuál?



ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

Marcar con una cruz (x) lo que corresponda

Enfermedad	Personal (tuya)	De padres y/o hermanos convivientes	De tíos, abuelos y/o primos convivientes
Celiaquía			
Respiratoria			
Renal			
Diabetes			
Presión alta			
Colesterol alto			
Cardíaca (ACV-infarto)			
Tiroidea			
Psiquiátricos			
Neurológicos			
Trastornos de la conducta (*)			
Trastornos de aprendizaje (*)			
Trastornos del lenguaje (*)			

(*) IMPORTANTE: Entregar el informe actualizado por el profesional para ser guardado por el Gabinete de apoyo y fortalecimiento educativo.

VACUNACIÓN

¿Posee carnet? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Vacunas faltantes:
¿Está completo? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si	
Vacuna COVID-19: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI Cantidad de dosis:	

Firma y sello del médico evaluador

Escuela de Agricultura, Ganadería
y Granja

Belgrano al norte s/n
S3080HOF, Esperanza, Argentina
+54 (0342) 4587800 – Int. 1196
alumnado.eagg@fca.unl.edu.ar



EXAMEN CLÍNICO

Peso (kg)		Observaciones:
Cont. Cintura (cm.)		
Talla (m)		
IMC (Kg/m2)		
Pulso		Observaciones:
PAS (mmhg)		
PAD (mmhg)		
Ruidos cardíacos		
Soplo	SI / NO	

POSTURA

<input type="radio"/> Hiperlordosis	Observaciones:
<input type="radio"/> Hipercifosis	
<input type="radio"/> Escoliosis	
<input type="radio"/> Sin particularidades	

TANNER GRADO

1	2	3	4
---	---	---	---

Agudeza visual O.D. S/C C/C

Agudeza visual O.I. S/C C/C

APTO EDUCACIÓN FÍSICA

<input type="radio"/> NO	Observaciones:
<input type="radio"/> SI	

Firma y sello del médico evaluador

Escuela de Agricultura, Ganadería
y Granja

Belgrano al norte s/n
S3080HOF, Esperanza, Argentina
+54 (0342) 4587800 – Int. 1196
alumnado.eagg@fca.unl.edu.ar



ODONTOLOGÍA

Marcar con rojo el tratamiento por hacer y con azul lo ya realizado

C	Observaciones:
P	
O	

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
								55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Firma y sello del odontólogo