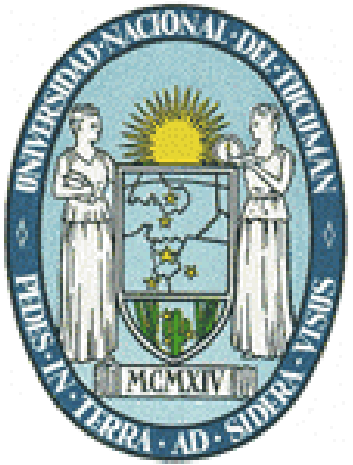
***Escuela de Agricultura y Sacarotecnia***

***Universidad Nacional de Tucumán***

**Ficha Médica**

*Institución Educativa:………………………………………………………………………………………………..…………….*

*Nombre y Apellido: ……………………..………………………………………………………………..………………………..*

*Fecha de Nacimiento:……………………………………………. Domicilio: ………………………………………………..*

*DNI N°: ………………………….. Edad: …………………….*

***Antecedentes personales del alumno/a (cirugías, internaciones, enfermedades crónicas, otras, etc).*** *…………………………………………………………………………………………………………………..…….………….…*

***Antecedentes familiares***: *………………………………………………………………………………………………………*

***Presenta algún tipo de alergias:*** NO SI SI ¿cuáles? *................................................................................*

***Vacunas***: Carnet completo Carnet Incompleto

**Examen Físico:** *………………………………………………………………………………..………………………..…….…*

Peso: Talla:

**Estado Nutricional:** Adecuado Bajo peso Sobrepeso

**Examen cardiovascular:** *………………………………………………..……………………………………………………..*

**Tensión Arterial:** *……* /*……*

**Examen Aparato Respiratorio**: *……………………………………………………..………………..………………………*

**Examen Abdominal**: *……………………………………………………………………………………………………………*

**Examen Osteoarticular**: Normal Patológico

Maniobra de Adams positiva

Alteraciones de la marcha

Otros . *……………………………………………………………………………………….…*

**Evaluación Madurativa**

**Estadio de Tanner** *………………….…* **Menarca:** *…………………* **Ritmo menstrual:** *……………………….…*

**Examen Oftalmológico:** Normal Patológico Necesita anteojos

**Firma y sello profesional oftalmólogo:** *…………………………………………***Fecha:** *……*/*……*/*……*

**Examen odontológico:**

Apto Odontológico Necesita tratamiento Odontológico

**Firma y Sello del profesional odontólogo:** *…………………………………………***Fecha:** *……*/*……*/*……*

**Indicaciones:** *…………………………………………………………………………………………….………………………*

**Observaciones / Comentarios:** *…………………………………………………………………………………….…………*

**Firma y Sello del Médico:** *…………………………………………………………* **Fecha:** *……*/*……*/*……*

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

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