



---

**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

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: Normal  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 la presente ficha de salud, será notificada a la institución para su actualización en el legajo del alumno.*

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del responsable parental: \_\_\_\_\_

**FICHA MÉDICA PARA EL INGRESO ESCOLAR  
PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA**

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: Normal  Patológico Maniobra de Adams positiva  Alteraciones de la marcha  Otros 

Evaluación Madurativa:

Estadio de Tanner: \_\_\_\_\_ Menarca: \_\_\_\_\_ Ritmo menstrual: \_\_\_\_\_

Exámen Oftalmológico: Normal  Patológico   
Necesita Anteojos 

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma y sello del profesional oftalmólogo: \_\_\_\_\_

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 la presente ficha de salud, será notificada a la institución para su actualización en el legajo del alumno.*

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del responsable parental: \_\_\_\_\_