



**CERTIFICADO DE SALUD PARA SEGUIMIENTO, CONTROL MEDICO y APTITUD FÍSICA  
ESCUELAS EXPERIMENTALES UNT. FICHA COMPLETA – NIVEL INICIAL/ PRIMARIO**

APELLIDOS: .....

NOMBRES: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../..... EDAD: ..... DNI Nº: ..... OBRA SOCIAL: .....

Institución Educativa: ..... Curso/Grado: .....

**EXAMEN FÍSICO**

VACUNAS: Carnet completo ..... Carnet incompleto ..... No presentó ..... **GRUPO SANGUÍNEO:** .....

**PESO:** ..... **TALLA:** ..... **IMC:** ..... **TENSION ARTERIAL:** ..... / .....

**ESTADO NUTRICIONAL:** Adecuado ..... Bajo peso: ..... Sobre peso: .....

REQUIERE PLAN ALIMENTARIO ESPECIAL: Sí ..... No ..... ¿Cuál? .....

Firma y sello del profesional.....

**EXAMEN CARDIOVASCULAR - RESPIRATORIO**

AUSCULTACIÓN: .....

ELECTROCARDIOGRAMA. Informe: .....

EXAMEN APARATO RESPIRATORIO: NORMAL ..... PARA CONTROL .....

Observaciones: .....

Firma y sello del profesional.....

**EXAMEN ODONTOLÓGICO**

APTO ..... NECESITA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO .....

OBSERVACIONES: .....

Firma y sello del profesional .....

**EXAMEN OSTEOARTICULAR**

NORMAL: ..... PATOLÓGICO: ..... MANIOBRA DE ADAMS POSITIVA: .....

ALTERACIONES DE LA MARCHA: ..... OBSERVACIONES: .....

Firma y sello del profesional .....

**EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO**

**LENGUAJE:** NORMAL ..... PARA CONTROL ..... REQUIERE ASISTENCIA .....

OBSERVACIONES: .....

Firma y sello del profesional.....

**AUDICIÓN:** NORMAL ..... PARA CONTROL ..... REQUIERE ASISTENCIA .....

OBSERVACIONES: .....

Firma y sello del profesional .....

**EXAMEN OFTALMOLÓGICO**

Usa Anteojos: Sí ..... No .....

AGUDEZA VISUAL: Derecha: ..... Izquierda: .....

Apto: ..... Necesita Control: .....

Firma y sello del profesional.....

**EVALUACIÓN/INFORME FINAL**

OBSERVACIONES / COMENTARIOS: .....

Se deja constancia que el/la alumno/a ha sido examinado/a clínicamente en el día de la fecha y, al momento del examen, se encuentra en condiciones de realizar actividad física escolar o recreativa que corresponda a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

FECHA: ...../...../..... Firma y sello del profesional.....