



FICHA MÉDICA

NOMBRE Y APELLIDO ALUMNO/A :

EDAD:

La siguiente información debe ser completada por los médicos especialistas correspondientes

OFTALMOLOGÍA

AGUDEZA VISUAL:

ASTIGMATISMO:

ESTRABISMO:

DIPLOPIA:

UTILIZA ANTEOJOS: PERMANENTES:

OBSERVACIONES:

.....
Fecha

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

O.R.L

ADENOIDES:

RINITIS:

ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS A REPETICIÓN:

HIPOACUSIA: CON TRATAMIENTO:

CIRUGÍAS: FECHA:

ALERGIAS: CON TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES:

.....
Fecha

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ODONTOLOGÍA

OCLUSIÓN:

PALADAR OJIVAL :

CARIES: CON TRATAMIENTO:

ORTODONCIA:

OBSERVACIONES:

.....
Fecha

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL