



**JARDIN MATERNAL RAYITO DE SOL  
SECRETARÍA DE BIENESTAR  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO CUARTO**

**FICHA MÉDICA**

**FECHA.....**

APELLIDO Y NOMBRE/S DEL NIÑO/A.....  
DNI N°.....  
FECHA DE NACIMIENTO: .....  
GRUPO SANGUÍNEO: .....  
MUTUAL: ..... N°: .....  
MÉDICO CABECERA: ..... TELÉFONO .....

**Vacunación:**

Completa: Si..... No.....

**Sistema Cardiovascular:**

Normal: Si..... No.....

Antecedentes y observaciones

.....  
.....

**Sistema Respiratorio:**

Normal: Si..... No.....

Antecedentes y observaciones

.....  
.....

**Sistema Osteoarticular:**

Normal: Si..... No.....

Antecedentes y observaciones

.....  
.....

**Sistema Neurológico**

Normal: Si..... No.....

Antecedentes y observaciones

.....  
.....

**Antecedentes Alérgicos:**

Si..... No.....

Antecedentes y observaciones

.....  
.....

**Antecedentes Quirúrgicos:**

Si..... No.....

Antecedentes y observaciones

.....  
.....

**Patologías cursadas:**

Antecedentes y observaciones

.....  
.....

**Patologías crónicas:**

Antecedentes y observaciones

.....  
.....

**Examen oftalmológico**

Normal: Si..... No.....

Antecedentes y observaciones

.....  
.....

**Examen fonaudiológico**

Normal: Si..... No.....

Antecedentes y observaciones

.....  
.....

Dejo constancia que, al día de la fecha .....,  
y luego de la correspondiente evaluación  
clínica, .....  
puede asistir al Jardín Maternal y realizar  
actividades escolares y deportivas acordes a su  
edad.

.....  
Firma y sello del Médico Pediatra

