**FICHA DE SALUD EADMA 2025**

**Panorama Biológico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Completo** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Edad al 31 de marzo 2025** |  |
| **Curso** |  |

**Se solicita que los registros de esta ficha puedan ser completados por profesional de la salud de consultorio o centro médico.**

|  |  |
| --- | --- |
| Peso: | \_\_\_\_B/ peso \_\_\_\_Normal \_\_\_\_S/peso. c/ tratamiento \_\_\_Si \_\_\_\_No |
| Estatura (cms): | \_\_\_\_Bajo/ talla \_\_\_\_Normal \_\_\_\_Sobre/talla. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Acuidad Visual:** | \_\_\_\_Normal \_\_\_\_C/Problemas c/ tratamiento \_\_\_Si \_\_\_\_No |
| **Acuidad Auditiva** | \_\_\_\_Normal \_\_\_\_C/Problemas c/ tratamiento \_\_\_Si \_\_\_\_No |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estado Dental:** | \_\_\_\_Con Caries \_\_\_\_S/Caries. C/ tratamiento \_\_\_\_Si \_\_\_\_No |

|  |  |
| --- | --- |
| **Arco Plantar:** | \_\_\_\_Normal \_\_\_\_C/Problemas. C/ tratamiento \_\_\_\_Si \_\_\_\_No |

|  |  |
| --- | --- |
| **Columna:** | \_\_\_\_Normal \_\_\_\_C/Problemas. C/ tratamiento \_\_\_\_Si \_\_\_\_No  ¿Cuál?........................................................................................................................ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Alergias:** | \_\_\_\_Si \_\_\_\_No. Agente causal: …………………... \_\_\_\_Si \_\_\_\_No  ¿Cuál?........................................................................................................................ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfermedades respiratorias:** | \_\_\_\_Si \_\_\_\_No. C/ tratamiento \_\_\_\_Si \_\_\_\_No  ¿Cuál?........................................................................................................................ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estado de Salud General:** | **\_\_\_BUENA \_\_\_REGULAR \_\_\_MALA**  **Presenta alguna enfermedad de base: \_\_\_\_Si \_\_\_\_No**  **¿Cuál?........................................................................................................................** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfermedades hereditarias en la familia(asma, diabetes, epilepsia u otra)** | ¿Cuál? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Observaciones:** | **(**Especificar en caso de existir otro problema de salud , condición o aprendizaje diagnosticado) |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Firma responsable.**

**Información obtenida de Control sano \_\_\_\_\_\_\_ Medico Consu**ltorio \_\_\_\_\_\_ Médico Particular\_\_\_\_\_\_