

FICHA DE SALUD ANUAL (NI - EDUC. PRIMARIA-

AÑO Y DIV .....

EXAMEN MEDICO ANUALES		
DATOS DEL ALUMNO		FECHA:
NOMBRE Y APELLIDO:		
DIRECCIÓN:		TEL:
A COMPLETAR POR EL PEDIATRA DE CABECERA		
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD		
PESO:	TALLA:	T/A:
APARATO RESPIRATORIO:		
APARATO CARDIOVASCULAR:		
APARATO GENITOURINARIO:		
APARATO LOCOMOTOR:		
PIEL:		

.....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL