



FICHA MÉDICA 2024
FORMULARIO B

Apellido y Nombre del paciente:		
Fecha Nac.:	Edad:	Peso:
Cobertura Médica:	Plan:	Afiliado Nro:
Nombre de la madre:		Tel.
Nombre del padre:		Tel.

*Por favor, adjuntar fotocopia de Carnet de su Cobertura médica

Diagnóstico médico:	
Pediatra:	Tel.
Neurólogo:	Tel.
Neurortopedista:	Tel.

Medicación actual			
	Medicamento	Dosis	Horarios
En casa			
En Aedin			

Medicación que debe recibir en caso de emergencia:

Anticonvulsivante de rescate:	Droga: Dosis: Vía de administración: A los minutos de inicio Cantidad de rescates e intervalos:
Broncodilatador:	
Antitérmico/ analgésico:	
Antialérgico:	
Otros**:	

**Crisis distónicas, por ej.



FICHA MÉDICA 2024

Apellido y Nombre del paciente:

ANTECEDENTES	
Convulsiones	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> Frecuencia:
Video deglución	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> Fecha: Normal/Patológica:
Reflujo gastroesofágico	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> Nissen <input type="radio"/> Medicación:
Alimentación (para la colocación en Aedin)	Vía oral <input type="radio"/> Usa Espesante <input type="radio"/> Suplemento <input type="radio"/> (Marca:) Consistencia del alimento (procesado, semisólido, normal, etc.): Sonda Nasogástrica <input type="radio"/> } Licuado <input type="radio"/> Gastrostomía <input type="radio"/> } Leche o Fórmula* <input type="radio"/> *Marca y forma de preparación:
Respiratorio	Traqueostomía NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> Aspiraciones NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> Broncoespasmos NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> Requerimiento de oxígeno NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> Neumonías NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> B-PAP <input type="checkbox"/> C-PAP <input type="checkbox"/>
Alergias	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> especificar:
Fracturas patológicas	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> especificar:
Osteopenia	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> Realizó densitometría? NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> Fecha:
Cirugías	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> especificar:
Conductas de riesgo/ autoagresión	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> especificar:
Vacunas	Completas <input type="radio"/> Incompletas <input type="radio"/> Adjuntar fotocopia de certificado de vacunación
Otros antecedentes significativos	
El Paciente se encuentra apto para realizar actividad física (deportes adaptados)	

Firma y sello del médico:

Fecha: