

**FICHA MÉDICA**

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_  
 DOMICILIO DE LOS RESPONSABLES PARENTALES: \_\_\_\_\_  
 EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
 GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ FACTOR Rh: (\_\_\_\_)  
 OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ SOCIO N° \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

- VACUNAS (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)
- ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con una X)

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaco
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Tos convulsiva	Hernias	Asma	
Paperas	Sinusitis	Problemas neurológicos	
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	
Otras: _____			

- ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: \_\_\_\_\_

Traumatismos / fracturas \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo evita? \_\_\_\_\_

¿Sufre de diabetes? \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas de coagulación? \_\_\_\_\_

- SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MEDICA.

\_\_\_\_\_

- Otras actividades que Ud. crea conveniente no hacer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CABA,.....

**APTO FISICO**

Certifico haber examinado a ..... DNI .....  
 Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.  
 Para ser presentado ante las autoridades del Instituto San José A-355

.....  
Firma del Profesional

.....  
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado.

.....  
Firma del Responsable Parental

.....  
Aclaración