

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