

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: _____
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: _____
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____ TEL/CEL: _____
GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR Rh: (____)
OBRA SOCIAL: _____ SOCIO N° _____ TEL/CEL: _____

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

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

- ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: _____

Traumatismos / fracturas _____

¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____

¿Cómo lo trata? _____

¿Sufre convulsiones? _____ ¿Tiene problemas de coagulación? _____

Manifiesta algún problema: * Auditivo _____ ¿Cuál? _____
 * Visual _____ ¿Cuál? _____
 * Alimentario _____ ¿Cuál? _____

Actualmente toma algún medicamento: _____

- SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL/LA NIÑO/A NO PUEDA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA _____

- ¿Sabe nadar?: _____

Otros comentarios que Ud. crea conveniente hacer: _____

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,.....

APTO FISICO

Certifico haber examinado a DNI.....
Quien se encuentra en condiciones físicas aptas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.
Para ser presentado ante las autoridades del "Instituto Privado Nuestra Sra. de la Misericordia".
Ciudad de Buenos Aires,..... de..... de.....

.....
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 realizar la actividad correspondiente y, por lo tanto, no será calificado.

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración