

FICHA MEDICA

APELLIDO Y NOMBRE:.....
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:.....
FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD:..... SEXO.....
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES:.....
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A :.....(indicar parentesco) tel:.....
GRUPO SANGUÍNEO:.....FACTOR RH.....
OBRA SOCIAL:..... SOCIO N°:.....TEL:.....

- VACUNAS (ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE VACUNACIÓN)
- ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (MARCAR CON UN CIRCULO)

Sarampión	otitis	escarlatina	celiaco
Varicela	bronquitis	meningitis	epilepsia
Tos convulsa	hernias	asma	
Paperas	sinusitis	problemas neurológicos	
Cardiopatías	reumatismo		
Otras:.....			

ANTECEDENTES DE INTERES

Operaciones

.....
Traumatismos y fracturas

.....
¿Es alérgico?..... ¿A que?.....

.....
¿Cómo lo evita?

.....
¿Sufre diabetes? ¿tiene problemas de coagulación?

.....
Otras actividades que Ud crea convenientes hacer:

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:.....
Buenos Aires.....del mes de.....de 20

.....
Firma del profesional

.....
Sello Aclaratorio y N° de mat.

Declaro que los datos consignados en la presenta ficha medica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de los sellos. Sin Apto Físico no podrá ser certificado.