



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: _____

GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR Rh: (_____)

OBRA SOCIAL: _____ SOCIO N°: _____ TEL: _____

- **VACUNAS** (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)
- **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIO** (Marcar con un circulo)

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celiaco
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Tos convulsiva	Hernias	Asma	
Paperas	Sinusitis	Problemas Neurológicos	
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	

Otras: _____

- **ANTECEDENTES DE INTERES**

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 MÉDICA**

- **Otras actividades que usted crea conveniente hacer:** _____

Buenos Aires,.....

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a DNI

Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acorde 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 Matricula