



**FICHA MEDICA**

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 : \_\_\_\_\_ T.E: \_\_\_\_\_  
 GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ FACTOR Rh: \_\_\_\_\_  
 OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ SOCIO N°: \_\_\_\_\_ T.E: \_\_\_\_\_

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

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 MÉDICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Buenos Aires .....

**APTO FÍSICO**

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 Roque" (A-494)

\_\_\_\_\_  
 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. JUNTO CON LA FICHA PRESENTAR CERTIFICADO BUCODENTAL, OFTALMOLÓGICO Y AUDIOMETRÍA.

