



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.

