



INSTITUTO SAN ROQUE (A-494)

Instituto Privado Incorporado a la Enseñanza Oficial
CONGREGACIÓN OBLATOS DE LA VIRGEN MARÍA

FICHA MÉDICA SALA DEAMBULADORES.

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 actividades 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.

