



FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO _____ SEXO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

DOMICILIO FAMILIAR _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A _____ CELULAR _____

CENTRO MEDICO DE CABECERA _____

OBRA SOCIAL _____ SOCIO Nº _____

GRUPO SANGUÍNEO _____ FACTOR RH _____

VACUNAS (adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (marcar con círculo)

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaco
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Tos convulsa	Hernias	Asma	
Paperas	Sinusitis	Problemas neurológicos	
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	
Otras			

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones _____

Traumatismos/fracturas _____

¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____

¿Cómo lo evita? _____

¿Sufre diabetes? _____ ¿Tiene problemas de coagulación? _____

¿Está realizando algún tratamiento? _____

¿Está tomando algún medicamento? _____

SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL/LA NIÑO/NIÑA NO DEBA REALIZAR POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a _____
 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 ESBA FLORES
 En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del Profesional

Sello Aclaratorio y Nº 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 MEDICO, no podrá ser calificado.