



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 N° _____

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 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 MEDICO, no podrá ser calificado.