



FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE:..... DNI:.....

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD:..... SEXO:.....

GRUPO SANGUINEO:..... FACTOR Rh (.....)

▪ **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ** (Marcar con una cruz)

| | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Sarampión | <input type="checkbox"/> | Celíaco | <input type="checkbox"/> | Escarlatina | <input type="checkbox"/> | Otitis | <input type="checkbox"/> |
| Varicela | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | <input type="checkbox"/> | Meningitis | <input type="checkbox"/> | Bronquitis | <input type="checkbox"/> |
| Tos convulsiva | <input type="checkbox"/> | Problemas | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | Hernias | <input type="checkbox"/> |
| Paperas | <input type="checkbox"/> | neuroológicos | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Sinusitis | <input type="checkbox"/> |
| Cardiopatías | <input type="checkbox"/> | Reumatismo | <input type="checkbox"/> | | | | |

Otras:.....

▪ **ANTECEDENTES DE INTERÉS**

Operaciones:.....

¿Es alérgico?..... ¿A qué?.....

¿Cómo lo evita?.....

¿Sufre de diabetes?.....

¿Tiene problemas de coagulación?.....

▪ **SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

.....

▪ Otras actividades que Ud. Crea conveniente hacer:.....

.....

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.....

Buenos Aires,..... de de 20.....

.....
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 REALIZAR ACTIVIDAD NI SER CALIFICADO.

FIRMA DE PADRE O MADRE..... ACLARACIÓN.....