



## 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: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
 GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ FACTOR Rh: (\_\_\_\_)  
 OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ SOCIO N° \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

- 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 que? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo evita? \_\_\_\_\_

¿Sufre de diabetes? \_\_\_\_ ¿Tiene problemas de coagulación? \_\_\_\_\_

- SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MEDICA.
- Otras actividades que Ud. crea conveniente hacer: \_\_\_\_\_

Buenos Aires,.....

### APTO FISICO

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,..... del mes de..... de 2021

.....  
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.

.....  
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....  
Aclaración