



Ficha Médica Colegio y Polideportivo

DATOS PERSONALES

Apellido:
Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Edad: DNI:

Foto

DOMICILIO

Dirección:
Localidad: CP:
Teléfonos: Teléfonos alternativos:

DATOS FAMILIARES

Nombre del Padre: Nombre de la Madre:
Ocupación/Oficio: Ocupación/Oficio:
E-mail/s:

COBERTURA MÉDICA

Obra Social/Seguro de Salud/Medicina Prepaga:
Socio N°:
Teléfono: Dirección:

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (marcar con una x)

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ Sarampión | ☐ Varicela | ☐ Otitis | ☐ Celíaco | ☐ Escoliosis |
| ☐ Tos Convulsiva | ☐ Bronquitis | ☐ Meningitis | ☐ Epilepsia | ☐ Rubéola |
| ☐ Paperas | ☐ Hernias | ☐ Asma | ☐ Cardiopatía | ☐ Hepatitis |
| ☐ Escarlatina | ☐ Diabetes | ☐ Reumatismo | ☐ Sinusitis | ☐ Problemas Neurológicos |

Otras:

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones:
Traumatismos/Fracturas:
¿Alergias?: ¿A qué?:
¿Cómo lo evita?:
¿Problemas de coagulación?: ¿Toma alguna medicación?:
¿Se encuentra bajo algún tratamiento médico?:

Grupo Sanguíneo: Factor: RH:

Vacunas: ¿Todas?: ¿Cuáles faltan?:

Firma del Padre/Madre/Tutor

Aclaración:.....

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 Colegio y Polideportivo Paula Montal.

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

Firma y Sello Médico