



FICHA MÉDICA 2026

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____ SEXO: _____
GRUPO SANGUÍNEO: _____ FACTOR: RH ()
OBRA SOCIAL: _____ SOCIO N° _____
NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: _____
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: _____
DOMICILIO DE RESIDENCIA DEL NIÑO Y LOS PADRES O RESPONSABLES: _____

Calle _____ N° _____ Depto: _____ Localidad _____
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____
TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

VACUNAS (Consignar última fecha)

TÉTANO:	TRIPLE O CUÁDRUPLE:
ANTISARAMPIONOSA:	HEPATITIS B:
HEPATITIS A:	OTRAS:

ENFERMEDADES PADECIDAS Consignar SÍ o NO)

VARICELA	HEPATITIS	EPILEPSIA
PAPERAS	MENINGITIS	CARDIOPATÍAS
RUBEOLA	DIABETES	AFECCIONES AUDITIVAS
SARAMPIÓN	CONVULSIONES:	
ESCARLATINA	PROBLEMAS DE COAGULACIÓN	
ASMA	OTROS:	

ALERGIAS

PICADURAS: _____ COMIDAS: _____ ¿CUÁLES?: _____
MEDICAMENTOS: _____
¿CUÁLES? _____
OTROS: _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (Consignar fechas)

APENDICITIS: _____ HERNIAS _____
TRAUMATOLÓGICAS: _____
OTRAS: _____
¿RECIBE MEDICACIÓN? _____ ¿CUÁL? _____
MOTIVO: _____ DOSIS: _____
INTOLERANCIA A ALGUNA MEDICACIÓN: _____ ¿CUÁL? _____

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a _____ DNI n° _____
quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.
Para ser presentado ante la Directora y Representante Legal, autoridades del Colegio del Arce A-915, en CABA el día _____ del mes 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. Estoy en conocimiento que sin apto físico no podrá realizar actividades físicas escolares ni ser calificado en la asignatura.

Firma y aclaración del responsable parental: _____