



FICHA MÉDICA 2021

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	OTROS:
SARAMPiÓN	CONVULSIONES:	
ESCARLATINA	PROBLEMAS DE COAGULACIÓN	

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 2017.

Firma del profesional

Sello aclaratorio y N° de matrícula

Firma y aclaración del padre- madre /tutor o encargado: _____