

# FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD:\_\_\_\_\_ SEXO:\_\_\_\_\_ NACIONALIDAD:\_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CEL. MAMÁ: \_\_\_\_\_ CEL. PAPÁ: \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ FACTOR Rh: (\_\_\_)

OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ SOCIO N° \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

- VACUNAS (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)
- ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con una X)

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaco
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Tos convulsiva	Hernias	Asma	Hepatitis
Paperas	Sinusitis	Problemas neurológicos	Hemofilia
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	

Otras: \_\_\_\_\_

- ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: \_\_\_\_\_

Traumatismos / fracturas \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo evita? \_\_\_\_\_

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

¿Toma algún medicamento? \_\_\_\_\_

- SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

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 Orsino (A-759)**

Buenos Aires,..... 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 en caso de variar alguno de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado.

.....  
Firma y aclaración de Madre

.....  
Firma y aclaración de Padre