

## FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: _____	GRADO: _____
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.

CABA,.....

### 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)**

CABA ,..... 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