



# FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: .....  
 TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: .....  
 FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../..... EDAD: ..... SEXO: .....  
 DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: .....  
 EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: .....  
 GRUPO SANGUÍNEO: ..... FACTOR Rh: (.....)  
 OBRA SOCIAL: ..... SOCIO N°: ..... TEL: .....

- VACUNAS (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)
- ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (tildar lo que corresponda):

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sarampión      | <input type="checkbox"/> Bronquitis  | <input type="checkbox"/> Asma                   |
| <input type="checkbox"/> Varicela       | <input type="checkbox"/> Hernias     | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Tos convulsiva | <input type="checkbox"/> Sinusitis   | <input type="checkbox"/> Reumatismo             |
| <input type="checkbox"/> Paperas        | <input type="checkbox"/> Diabetes    | <input type="checkbox"/> Celíaco                |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías   | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Epilepsia              |
| <input type="checkbox"/> Otitis         | <input type="checkbox"/> Meningitis  |   |

Otras: .....

○ ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: .....

Traumatismos / fracturas: .....

¿Es alérgico? ..... ¿A qué? .....

¿Cómo lo evita? .....

¿Sufre de diabetes? ..... ¿Tiene problemas de coagulación? .....

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

Otras observaciones que Ud. crea conveniente realizar: .....

.....  
.....  
.....

## APTO FÍSICO

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 I.A.E.

Buenos Aires, ..... / ..... / 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.*