



INSTITUTO SANTA MARÍA DE LUJÁN A- 495

NIVELES INICIAL - PRIMARIO Y MEDIO
Incorporado a la Enseñanza Oficial

FICHA MÉDICA

DATOS					
Nombre y Apellido					
Fecha de nacimiento		Edad		Sexo	
DNI N°					
Domicilio					
En caso de urgencia avisar a					
Grupo sanguíneo			Factor Rh		
Obra Social		N° de Socio		Teléfono	

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo).

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celiaquía
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Tos convulsiva	Hernias	Asma	
Paperas	Sinusitis	Problemas neurológicos	
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	
Otras: _____			

ANTECEDENTES DE INTERÉS.

Operaciones _____
Traumatismos/fracturas _____
¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____
¿Cómo lo evita? _____
¿Sufre diabetes? _____ Tiene problemas de coagulación? _____

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

OTRAS ACTIVIDADES QUE UD. CREA CONVENIENTE NO HACER: _____

APTO FÍSICO

Buenos Aires,.....
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 las autoridades del Instituto Santa María de Luján.

Firma del Profesional

Sello 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 realizar las clases de Educación Física.

Firma del Padre, Madre o
Tutor

Aclaración