



## 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