



FICHA MÉDICA 2023

APELLIDO Y NOMBRE: _____	
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/_____	EDAD: _____ SEXO: _____
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: _____	
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____ TEL/CEL: _____	
Y/O: _____	
GRUPO SANGUÍNEO: _____	FACTOR Rh (_____)
OBRA SOCIAL: _____	SOCIO Nº _____ TEL/CEL: _____

VACUNAS ACTUALIZADAS: SÍ ___ NO ___ (adjuntar fotocopia de cartilla de vacunación actualizada)

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (marcar con un círculo)

<i>Sarampión</i>	<i>Otitis</i>	<i>Escarlatina</i>	<i>Celiaquía</i>
<i>Varicela</i>	<i>Bronquitis</i>	<i>Meningitis</i>	<i>Epilepsia</i>
<i>Coqueluche</i>	<i>Hernias</i>	<i>Asma</i>	<i>Mononucleosis</i>
<i>Paperas</i>	<i>Sinusitis</i>	<i>Problemas neurológicos</i>	<i>Tuberculosis</i>
<i>Cardiopatías</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Reumatismo</i>	<i>Probl. de coagulación</i>
<i>Otras (especificar) _____</i>			

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones _____

Traumatismos/fracturas _____

Alergias _____ ¿Cuáles? _____

¿Cómo lo trata? _____

¿Sufre convulsiones? _____

Manifiesta algún problema:

- *Auditivo:* _____ ¿Cuál? _____
- *Visual:* _____ ¿Cuál? _____
- *Alimentario:* _____ ¿Cuál? _____

¿Actualmente toma algún medicamento? _____

Señalar actividades que NO pueda realizar exclusivamente por prescripción médica. _____

ADJUNTAR INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA CON FIRMA, SELLO Y Nº DE MATRÍCULA DE CARDIOLOGÍA.

Otras observaciones que usted crea necesario realizar: _____



Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ____ de _____ de 20____

APTO FÍSICO

Certifico que _____ DNI _____ de ____ años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo escolar, curriculares o extracurriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración crecimiento y desarrollo. Para ser presentado ante las autoridades del Instituto María Ana Mogas.

Firma del Profesional

Sello Aclaratorio y Nº 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 se podrá calificar.

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración

ENTREGAR AL PRECEPTOR/DOCENTE DE SALA O GRADO DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE CLASE DEL CICLO LECTIVO 2022, SIN EXCEPCIÓN. DEBEN ENTREGARLA TODOS LOS ESTUDIANTES, INCLUSO QUIENES ESTÁN EXCEPTUADOS DE REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA.

FECHA DE ENTREGA Y FIRMA DEL DOCENTE: _____

FECHA Y FIRMA DEL PROFESOR/A DE EDUCACIÓN FÍSICA: _____