

**FICHA MÉDICA 20**

APELLIDO Y NOMBRE: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EDAD: _____ SEXO: _____

DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: _____

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____ TEL/CEL: _____

Y/O: _____ TEL/CEL: _____

GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR Rh ()

OBRA SOCIAL: _____ SOCIO N° _____ TEL/CEL: _____

- **VACUNAS ACTUALIZADAS** SI ____ NO ____ (Adjuntar fotocopia cartilla de vacunación actualizada)
- **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ** (Marcar con una cruz)

☐ Sarampión	☐ Otitis	☐ Escarlatina	☐ Celiaquía
☐ Varicela	☐ Bronquitis	☐ Meningitis	☐ Epilepsia
☐ Coqueluche	☐ Hernias	☐ Asma	☐ Mononucleosis
☐ Paperas	☐ Sinusitis	☐ Probl. Neurológicos	☐ Tuberculosis
☐ Cardiopatías	☐ Diabetes	☐ Reumatismo	☐ Probl. De Coagulación

Otras (especificar) _____

- **ANTECEDENTES DE INTERÉS:**

☐ OPERACIONES	_____
☐ TRAUMATISMOS/FRACTURAS	_____
☐ ¿ES ALÉRGICO? ¿A QUÉ?	_____
¿Cómo lo trata?	_____
☐ ¿SUFRE CONVULSIONES?	_____

- **MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA:**

☐ AUDITIVO	¿Cuál? _____
☐ VISUAL	¿Cuál? _____
☐ ALIMENTARIO	¿Cuál? _____

- **¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN?** Especifique _____
- Señalar actividades que el niño/joven no pueda realizar exclusivamente por prescripción médica:
- Otras observaciones que usted crea necesario realizar:

ADJUNTAR INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA CON FIRMA, SELLO Y N° DE MATRÍCULA DEL CARDIÓLOGO

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 la Educación Física, se an las mismas, de carácter recreativo o competitivo escolar, curriculares o extra curriculares, 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 N° de Matrícula

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

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 del padre, madre o tutor_____
Aclaración

Entregar al Preceptor/Docente de Sala o Grado durante la primera semana de clase del ciclo 20__ SIN EXCEPCION.

Deben entregarla TODOS los alumnos, incluso quienes están exceptuados de realizar Educación Física.

Fecha de entrega y firma del Preceptor/Maestra: .

Fecha y firma del Profesor de Educación Física (Cuando corresponda): .