

FICHA MÉDICA**AÑO 2011****Instituto Albert Schweitzer de Educación Integral**

foto

Datos Personales:

Apellido.....

Nombres.....

Fecha de Nacimiento:.....

Edad..... DNI:.....

E-Mail.....

Domicilio:

Dirección:.....

Localidad:..... CP:.....

Teléfonos..... Teléfonos alternativos.....

Datos Familiares:

Nombre del Padre:..... Nombre de la Madre:.....

Ocupación u oficio:..... Ocupación u oficio:.....

Cobertura Médica:

Obra Social / Seguro de salud / Medicina Prepaga.....

Socio N°.....

Teléfono..... Dirección:.....

Enfermedades que Padece o Padeció (marcar con una X)

Sarampión	Varicela	Otitis	Celíaco	Escoliosis
Tos Convulsiva	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia	Rubéola
Paperas	Hernias	Asma	Cardiopatía	Hepatitis
Escarlatina	Diabetes	Reumatismo	Sinusitis	Problemas Neurológicos

Otras.....

Antecedentes de Interés

Operaciones.....

Traumatismos / Fracturas.....

¿Es alérgico?..... ¿A qué?.....

¿Cómo lo evita?.....

¿Tiene problemas de coagulación?..... ¿Toma alguna medicación?.....

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?.....

Grupo Sanguíneo: Factor..... RH.....**Vacunas** ¿todas?:..... ¿cuáles le faltan?.....

Firma del Padre /Madre /Tutor

Aclaración.....

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a.....

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 Colegio.

Buenos Aires,.....de..... de 20.....

Firma del Médico

Sello Médico

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Así mismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar algunos de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá realizar actividad física por lo tanto no podrá ser evaluado