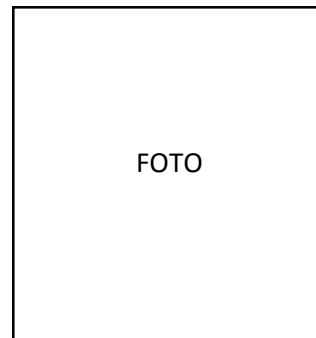




# FICHA MÉDICA 2018

Instituto Albert Schweitzer de Educación Integral



## Datos personales

Apellido.....  
Nombres.....  
Fecha y lugar de nacimiento.....  
Edad.....DNI.....  
E-mail.....

## Domicilio

Dirección.....  
Localidad.....CP.....  
Teléfonos.....Tel. alternativos.....

## Datos familiares

Nombre del Resp. Parental.....Ocupación/Oficio.....  
Nombre del Resp. Parental.....Ocupación/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	Celiaco	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 alérgica/o?..... ¿A qué?.....  
¿Cómo lo evita?.....  
¿Tiene problemas de coagulación?..... ¿Toma alguna mediación?.....  
¿Se encuentra bajo tratamiento médico?.....

**Grupo sanguíneo** Factor.....RH.....

**Vacunas** ¿Todas?..... ¿Cuáles le faltan?.....

.....  
**Firma del Responsable parental**  
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 2018

.....  
**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.