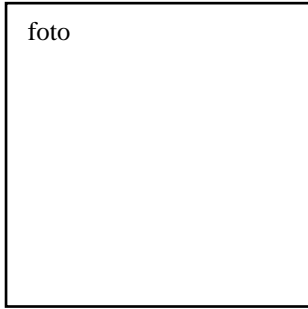




# FICHA MÉDICA

# AÑO 2017

Instituto Albert Schweitzer de Educación Integral



### Datos Personales:

Apellido .....

Nombres.....

Fecha de Nacimiento: .....

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

E-Mail.....

### Domicilio:

Dirección:.....

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

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

### Datos Familiares:

Nombre del Resp. Parental: ..... Nombre del Resp. Parental: .....

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 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 2017

.....

**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