



FICHA MÉDICA 2019

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.