



FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE:
 TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO:.....
 FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD: SEXO:.....
 DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES:
 EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:..... (Indicar el parentesco) TEL:
 GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR RH
 OBRA SOCIAL: SOCIO N°: TEL:.....

- VACUNAS (Adjuntar fotocopias de certificados de vacunación)
- ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo).

Sarampión	Meningitis	Paperas	Cardiopatías
Escarlatina	Epilepsia	Sinusitis	Diabetes
Celíaquía	Tos convulsa	Problemas neurológicos	Reumatismo
Varicela	Hernias	Otitis	
Bronquitis	Asma		
Otros:			

- ¿TUVO COVID? (Marcar redondeando la respuesta correcta) SÍ NO
- ¿ HIZO HISOPADO ? SÍ NO De ser así, Indique el tiempo desde cuándo..... hasta.....
- ANTECEDENTES DE INTERÉS

Diagnóstico particular:

Operaciones:

Traumatismos/ fracturas:

¿Es alérgico? ¿A Qué?

¿Cómo lo evita?

¿Sufre diabetes?..... ¿ Tiene problemas de coagulación?

- SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- OTRAS ACTIVIDADES QUE UD CREA CONVENIENTE HACER

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a DNI
 Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar **actividades gimnásticas acordes a su edad, en el ámbito escolar, bajo supervisión profesional docente.**

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto Ntra. Sra. de la Misericordia.

CABA, del mes de de 20.....

.....
 Firma del Profesional

.....
 Sello aclaratorio y N° de Matrícula

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.