



**FICHA MÉDICA 20**

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: \_\_\_\_\_

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: \_\_\_\_\_ TEL/CEL: \_\_\_\_\_

Y/O: \_\_\_\_\_ TEL/CEL: \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ FACTOR Rh ( \_\_\_\_\_ )

OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ SOCIO N° \_\_\_\_\_ TEL/CEL: \_\_\_\_\_

- **VACUNAS ACTUALIZADAS** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (Adjuntar fotocopia cartilla de vacunación actualizada)  **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ** (Marcar con un círculo)

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaco
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Coqueluche	Hernias	Asma	Mononucleosis
Paperas	Sinusitis	Problemas Neurológicos	Tuberculosis
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	Problemas de coagulación
Otras (especificar) _____			

- **ANTECEDENTES DE INTERÉS**

OPERACIONES: \_\_\_\_\_

TRAUMATISMOS/FACTURAS \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo trata? \_\_\_\_\_ ¿Sufre

convulsiones? \_\_\_\_\_

Manifiesta algún problema  Auditivo \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

- Visual \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

- Alimentario \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Actualmente toma algún medicamento? \_\_\_\_\_

Señalar actividades que el niño/joven no pueda realizar exclusivamente por prescripción médica.

\_\_\_\_\_

**ADJUNTAR INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA CON FIRMA, SELLO Y N° DE MATRÍCULA DEL CARDIÓLOGO**

Otras observaciones que usted crea necesario realizar \_\_\_\_\_

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**APTO FÍSICO**

Certifico que..... DNI .....de..... años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo escolar, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo. Para ser presentado ante las autoridades del Instituto María Ana Mogas

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_ 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. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado.

---

Firma del padre, madre o tutor

---

Aclaración

**Entregar al Preceptor/Docente de Sala o Grado durante la primera semana de clase del ciclo 20\_\_, SIN EXCEPCIÓN.**

**Deben entregarla T ODOS los alumnos,  
incluso quienes están exceptuados de realizar Educación Física.**

Fecha de entrega y firma del Preceptor/Maestra: \_\_\_\_\_

Fecha y firma del Profesor de Educación Física

(cuando corresponda): \_\_\_\_\_