



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..... DNIde..... 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):
