



**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 una cruz)

<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Otitis	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Celiaquía
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Hernias	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Mononucleosis
<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Probl. Neurológicos	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Probl. De Coagulación

Otras (especificar) \_\_\_\_\_

● **ANTECEDENTES DE INTERÉS:**

OPERACIONES \_\_\_\_\_

TRAUMATISMOS/FRACTURAS \_\_\_\_\_

¿ES ALÉRGICO? ¿A QUÉ? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo trata? \_\_\_\_\_

¿SUFRE CONVULSIONES? \_\_\_\_\_

● **MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA:**

AUDITIVO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

VISUAL ¿Cuál? \_\_\_\_\_

ALIMENTARIO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

- **¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN?** Especifique \_\_\_\_\_
- Señalar actividades que el niño/joven no pueda realizar exclusivamente por prescripción médica:
- Otras observaciones que usted crea necesario realizar:

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

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\_\_

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 TODOS 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):