



**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 haber examinado a \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Quien se encuentra en condiciones físicas aptas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.

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 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: \_\_\_\_\_