



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 no pueda realizar exclusivamente por prescripción médica.

Otras observaciones que usted crea necesario realizar como; antecedentes familiares y/ o alteraciones fisiológicas leves congénitas o producto del crecimiento.

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a _____

DNI _____

quien se encuentra en condiciones físicas aptas para realizar actividades recreativas y/o 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