

FICHA MÉDICA PERSONAL 2023

Apellido y Nombre: _____

Año / grado: _____ división: _____ D.N.I.: _____

Dirección: _____

Tel Part.: _____

Nombre de la madre: _____ Cel. Madre: _____

Tel. laboral madre: _____ Mail: _____

Nombre del padre: _____ Cel. Padre: _____

Tel. laboral padre: _____ Mail: _____

Medicina prepaga: _____

Tel. emergencias médicas: _____ nº de socio: _____

Grupo sanguíneo: _____

En caso de accidente y siendo imposible la comunicación con la familia...

¿Autoriza al colegio a actuar con la cobertura médica que posee?

Si No – adjuntar solución...

VACUNAS

Recibió vacuna antitetánica: *si - no (tachar lo que no corresponda)*

Qué tipo de vacuna: _____ fecha de aplicación: _____

Otras: _____

ENFERMEDADES padecidas:

1- _____ 2- _____

3- _____ 4- _____

5- _____ 6- _____

Afecciones de oídos, ojos o nariz: _____

Es propenso a enfermarse de: _____

MEDICACION:

Medicamento que utiliza habitualmente:

Frecuencia: _____ *por día:* _____ *tipo:* _____ *inyectable u oral:* _____

Medicamento que NO debe tomar bajo ningún concepto: _____

Recibe INSULINA: SI – NO (tachar lo que no corresponda)

OPERACIONES:

Ha sido operado de: _____ *fecha:* _____

Tipo de operación: _____

ALERGIAS:

Es alérgico a: _____

Ultimas fracturas: _____

Ha tenido algún episodio de importancia en los últimos meses: _____

Otros datos que considere que debemos tener en cuenta en caso de emergencia: _____

INFORME CLINICO: _____

INFORME CARDIOLOGICO: _____

¿Esta apta para realizar actividades físicas? SI – NO

COMENTARIOS: _____

Según mi leal conocimiento declaro que todos los datos que proporciono son verídicos

Firma y sello del médico

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración

Aclaración

Este apto médico es válido de febrero del 2023 hasta el 1° de abril del 2024

C.A.B.A., febrero de 2023