

## FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ FACTOR Rh: (\_\_\_\_\_)  
OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ SOCIO N° \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

- **VACUNAS (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)**
- **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo)**

- |   |                                     |                                      |   |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sarampión      | <input type="checkbox"/> Otitis     | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Celíaco                |
| <input type="checkbox"/> Varicela       | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Meningitis  | <input type="checkbox"/> Epilepsia              |
| <input type="checkbox"/> Tos convulsiva | <input type="checkbox"/> Hernias    | <input type="checkbox"/> Asma        | <input type="checkbox"/> Cardiopatías           |
| <input type="checkbox"/> Paperas        | <input type="checkbox"/> Sinusitis  | <input type="checkbox"/> Diabetes    | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos |
|   | <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Reumatismo  |   |

Otras: \_\_\_\_\_

- **ANTECEDENTES DE INTERÉS**

Operaciones: \_\_\_\_\_

Traumatismos /  
fracturas \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? \_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

¿Toma alguna medicación?? \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas de coagulación? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna indicación sobre la dieta ? \_\_\_\_\_

- **SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL ALUMNO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

\_\_\_\_\_  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,.....:.....

### APTO FÍSICO

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

Para ser presentado ante las autoridades de .....  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,..... del mes 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