



INSTITUTO ANA MARIA JANER

FICHA MÉDICA – AÑO 20

APELLIDO Y NOMBRE: _____	
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____ SEXO: _____
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: _____	
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____	TEL: _____
GRUPO SANGUINEO: _____	FACTOR Rh: (___)
OBRA SOCIAL: _____	SOCIO N° _____ TEL: _____

⇒ **VACUNAS** (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)

⇒ **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ** (Marcar con una cruz)

Sarampión	Celíaco	Meningitis	Hernias	Sinusitis	Reumatismo
Otitis	Varicela	Epilepsia	Asma	Cardiopatías	Probl.
Escarlatina	Bronquitis	Tos convulsiva	Paperas	Diabetes	neurológicos

Otras: _____

⇒ **ANTECEDENTES DE INTERÉS**

Operaciones: _____

Traumatismos / fracturas _____

¿Es alérgico? ___ ¿A qué? _____

¿Cómo lo evita? _____

¿Sufre de diabetes? _____ ¿Tiene problemas de coagulación? _____

⇒ **SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA:** _____

⇒ Otras actividades que Ud. crea no conveniente hacer: _____

Ciudad de Buenos Aires, ___ de _____ de 20__

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 del **"Instituto Ana María Janer"**.

.....
Firma del Profesional

.....
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Se solicita adjuntar con la ficha firmada por el médico, el informe del electrocardiograma.

Los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA y se ajustan a la realidad. Me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. Manifiesto conocer que sin APTO FÍSICO mi hijo/a no podrá ser calificado.

.....
Firma de la Madre

.....
Firma del Padre

.....
Aclaración

.....
Aclaración