



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. neurológicos
Escarlatina	Bronquitis	Tos convulsiva	Paperas	Diabetes	

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

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