



FICHA MÉDICA

FECHA

EDAD

AÑOS

ALTURA

mts.

PESO

kgs.

GRUPO SANGUÍNEO

TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA Y DETALLAR				
¿Practica algún deporte?	SI	NO	¿Cuál/es?	
¿Es alérgico a algo?	SI	NO	¿A qué?	
¿Está medicado actualmente?	SI	NO	Detallar:	
¿Tiene alimentación especial?	SI	NO	Detallar:	
¿Sufrió lesiones de gravedad?	SI	NO	¿Cuál/es?	
¿Fue sometido a operaciones?	SI	NO	Detallar:	
¿Tiene todas las vacunas obligatorias?	SI	NO		

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES (MARCAR CON UNA X)	
Diabetes	
Cardiopatías	
Hepatitis	
Epilepsia	
Hernias	
Convulsiones	
Desmayos	
Asma o enfermedades respiratorias	

CONSIGNAR CUALQUIER OTRO DATO O INFORMACIÓN QUE CONSIDERE DE IMPORTANCIA

OBRA SOCIAL / MEDICINA PREPAGA

Nº DE AFILIADO

TELÉFONO/S DE URGENCIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA SI LO TUVIERA

TELÉFONO MÉDICO DE CABECERA

PERSONAS A CONTACTAR ANTE UNA EMERGENCIA MÉDICA			
APELLIDO Y NOMBRES	Nº DE DNI	TEL. CELULAR	VÍNCULO CON EL/LA MENOR

Esta ficha reviste carácter de Declaración Jurada de Salud y los datos consignados en la misma serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

ME COMPROMETO A PRESENTAR, DENTRO DE LOS 10 DÍAS HÁBILES A CONTAR DE LA FECHA, UN APTO MÉDICO Y FÍSICO FIRMADO POR UN FACULTATIVO MATRICULADO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

FIRMA DEL PADRE, TUTOR O ENCARGADO

FIRMA DE LA MADRE, TUTORA O ENCARGADA

ACLARACIÓN DE FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA