



Arquidiócesis de Buenos Aires  
 INSTITUTO SAN VICENTE DE PAUL A-356  
 M. Artigas 6142 - 4635 3792 - (1440) CABA -

FICHA MÉDICA

C.A.B.A. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de documento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años. Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio de los padres o responsables: \_\_\_\_\_

En caso de urgencia avisar a: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor RH \_\_\_\_\_

Obra social: \_\_\_\_\_ socio N°: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Sanatorio donde pueda ser internado/a siempre que sea posible y a criterio del médico interviniente

◆ Adosar fotocopia de cobertura médica.

Autorizo a mi hijo/a que sea atendido por el servicio de Vittal emergencias médicas y pueda ser retirado de la escuela para ser trasladado en caso de urgencia médica.

\_\_\_\_\_  
 Firma. Aclaración. Tipo y N° de Documento

\_\_\_\_\_  
 Firma. Aclaración. Tipo y N° de Documento

- Enfermedades que padece o padeció: (señalar con una cruz)
 

Sarampión	Meningitis	Problemas neurológicos
Otitis	Epilepsia	Sinusitis
Escarlatina	Tos convulsa	Cardiopatías
Celíaco	Hernias	Diabetes
Varicela	Asma	Reumatismo
Bronquitis	Paperas	Bronco espasmos

Otras. \_\_\_\_\_

Recibe alguna medicación regularmente: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

- Antecedentes de interés:
  - Operaciones:
  - Traumatismos/fracturas/luxaciones:
  - Convulsiones:
  - Pérdida de conciencia
  - Problemas de piel:
  - Alteraciones sanguínea o de coagulación:
  - Migrañas o cefaleas.

Alergias: \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_ Síntomas \_\_\_\_\_

**CARNET DE VACUNACIÓN**

¿Está completo al día de la fecha según el calendario de vacunación?

SI

NO

En caso de no estar completo detallar las vacunas /dosis que faltan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del profesional

\_\_\_\_\_

Sello aclaratorio y N° de matrícula

**APTO FÍSICO**

C.A.B.A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Certifico haber examinado a \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

quien se encuentra en condiciones para realizar actividades físicas, recreativas, gimnásticas, deportivas y de resistencia aeróbica acorde a su edad y al diseño Curricular del Gob. de la Cdad. de Bs. As.

Para ser presentado ante las Autoridades del Instituto San Vicente de Paul.

\_\_\_\_\_

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 evaluado ni participar de las clases.

\_\_\_\_\_

Firma. Aclaración. Tipo y N° de Documento

\_\_\_\_\_

Firma. Aclaración. Tipo y N° de Documento