



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	Otitis	Meningitis	Epilepsia	Problemas neurológicos Sinusitis Cardiopa tías Diabetes Reumati smo Bronco espasmo
Escarlatina	Celíaco	Tos convulsa	Hernias	
Varicela	Bronquitis	Asma	Paperas	

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

N
O

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

Firma del profesional

Sello aclaratorio y N° de
matrícula

**APTO
FISICO**

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