



## Ficha Médica 2024

<b>NIVEL:</b>	<b>Año/Grado/Sala:</b>	<b>División:</b>
---------------	------------------------	------------------

<b>DATOS</b>	Apellido y Nombre del Alumno:	Edad:
	Domicilio:	DNI:
	Teléfono:	Fecha de Nacimiento
	Teléfono de urgencia:	/ /
	Obra Social / Prepaga:	Nro Afiliado:

<b>ANTECEDENTES EN SALUD</b>		SI	NO
<b>Actualmente</b>	Se encuentra en tratamiento médico de:		
	Toma medicamento (dosis y frecuencia diaria):		
<b>Recientemente</b>	¿Tuvo algún accidente? ¿Cuál?		
	¿Tuvo alguna internación? ¿Motivo?		
	¿Tuvo algún procedimiento médico? ¿Motivo?		
<b>Padeció o padece alguna de las siguientes enfermedades</b>	Alergia ¿Cuál?:		
	Hernias:		
	Enfermedades de pulmones:		
	Escoleosis o enfermedad de columna:		
	Esguinces o luxaciones:		
	Hipertensión arterial:		
	Enfermedades cardíacas:		
	Enfermedades de hueso o articulaciones:		
	Epilepsia o convulsiones:		
	Diabetes:		
Otra enfermedad:			
<b>¿Está apto para realizar actividades físicas?</b>			
<b>Obs:</b>			

<b>AUTORIZACION</b>	<p>Los abajo firmantes nos responsabilizamos de la veracidad de los datos en esta ficha, la cual es una declaración jurada de nuestro/a hijo/a. nos comprometemos también a notificar cualquier modificación que ocurra; asimismo autorizamos a que se le brinde atención médica urgente a nuestro/a hijo/a cuando la necesite.</p>
---------------------	---

FECHA:

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre  
 Aclaración

\_\_\_\_\_  
 Firma de la madre  
 Aclaración

Certifico haber examinado a _____ DNI _____ quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acorde a su peso y edad.	
--	--

*Firma y sello del médico:*