

APELLIDO Y NOMBRE:		
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:		
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD:	GRUPO SANGUINEO:
DOMICILIO:		TEL:
EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A:		
PAPÁ:	MAMÁ:	CEL: CEL:
PERSONA AUTORIZADA:		CEL:
OBRA SOCIAL:	N° SOCIO:	TEL:

En caso de no poder notificar a los padres ni a la persona autorizada, doy mi permiso para que en caso de urgencia sea trasladado/a por EDUVIDA al centro asistencial más cercano al lugar del hecho, de acuerdo a las normas legales que correspondan.

Firma del padre:..... Aclaración:.....

Firma de la madre:..... Aclaración:.....

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ

Sarampión	Cardiopatías	Escarlatina	Epilepsia
Varicela	Otitis	Meningitis	Trastornos alimenticios
Tos convulsa	Bronquitis	Reumatismo	Problemas neurológicos
Paperas	Hernias	Celiaquía	Asma

Otras.....

ANTECEDENTES DE SALUD

Operaciones:

Traumatismo, fracturas:

¿Es alérgico?..... ¿A qué?.....

¿Sufre diabetes?..... ¿Tiene problemas de coagulación?.....

¿Padece alguna cardiopatía?.....

¿Se encuentra actualmente bajo un tratamiento médico?. Detallar medicación, dosis e indicaciones terapéuticas prescriptas por el profesional tratante y adjuntar.

Mencionar actividades que el niño no deba realizar por prescripción médica.....

.....

Buenos Aires,.....

Certificado haber examinado a..... D.N.I. ....

Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.

.....

.....

Firma del profesional

Sello y 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 el niño/año podrá participar de la actividad.

.....

.....

Firma de Padre, Madre o Tutor

Aclaración