

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