



# INSTITUTO ANA MARIA JANER

## FICHA MÉDICA – AÑO 20

APELLIDO Y NOMBRE:	_____
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:	_____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____ SEXO: _____
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES:	_____
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:	_____ TEL: _____
GRUPO SANGUINEO: _____	FACTOR Rh: (___)
OBRA SOCIAL: _____	SOCIO N° _____ TEL: _____

⇒ **VACUNAS** (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)

⇒ **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ** (Marcar con una cruz)

Sarampión	Celíaco	Meningitis	Hernias	Sinusitis	Reumatismo
Otitis	Varicela	Epilepsia	Asma	Cardiopatías	Probl.
Escarlatina	Bronquitis	Tos convulsiva	Paperas	Diabetes	neurológicos

Otras: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

⇒ **ANTECEDENTES DE INTERÉS**

Operaciones: \_\_\_\_\_

Traumatismos / fracturas \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo evita? \_\_\_\_\_

¿Sufre de diabetes? \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas de coagulación? \_\_\_\_\_

⇒ **SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA:** \_\_\_\_\_

⇒ Otras actividades que Ud. crea no conveniente hacer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad de Buenos Aires, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

### APTO FÍSICO

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

Para ser presentado ante las autoridades del **“Instituto Ana María Janer”**.

.....  
Firma del Profesional

.....  
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA y se ajustan a la realidad. Me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. Manifiesto conocer que sin APTO FÍSICO mi hijo/a no podrá ser calificado.

.....  
Firma de la Madre

.....  
Firma del Padre

.....  
Aclaración

.....  
Aclaración