

**F I C H A M E D I C A D E L A D . G . E . G . P .**

**C I C L O L E C T I V O 2 0 1 7**

**I N S T I T U T T O P R I V A D O ' E S C U E L A C A N G A L L O ' A - 1 7 4**

APELLIDO Y NOMBRE: _____	Grado : _____
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 Solo para 1er grado** (Presentar fotocopia de certificados de vacunación actualizadas en Secretaría)
- **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ** (Marcar con un círculo)

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaco
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Tos convulsiva	Hernias	Asma	
Paperas	Sinusitis	Problemas neurológicos	
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	
Otras: _____			

- ANTECEDENTES DE INTERÉS

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

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

¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ ¿A que? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo evita? \_\_\_\_\_

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

=====

Buenos Aires,.....

**APTO FISICO**

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.....  
Buenos Aires,..... del mes de..... de 20.....

.....  
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 calificado.

.....  
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....  
Aclaración