NIVEL INICIAL

FICHA MÉDICA 202...

Nombre Apellido.....Edad.....años.
Dirección.....Piso.....Depto.....Localidad.....
Tel...../.....Celular...../.....

Es obligatorio consignar los datos siguientes, en caso de eventual tratamiento.

***** Recibió vacuna antitetánica SI NO (Tachar lo que no corresponda)
Que tipo de vacuna.....Fecha de la aplicación.....
*Enfermedades padecidas.....
.....
*Alérgico a.....
.....
*Afecciones de oídos, ojos, nariz.....
*Es propenso /a a enfermarse de.....
*Medicamentos que utiliza habitualmente.....
Frecuencia.....Por día.....Tipo.....Inyectable u oral.....
*Medicamentos que **NO** debe tomar bajo ningún concepto.....
.....Tipo.....Inyectable u oral.....
*Ha sido operado/a de.....Tipo de operación.....
* Recibe insulina SI NO (Tachar lo que no corresponde)
* Ultimas fracturas.....
* Ha tenido un episodio de importancia en los últimos meses.....
.....
*Otros datos que considere debamos saber en caso de emergencia.....
.....
.....
*Está autorizado a realizar Ed. Física.....
* Precauciones a tener en cuenta.....

Certificado de Aptitud Física

Cobertura Médica…….

Nº de socio……Plan ……

Por la presente certifico que el alumno.....

Se encuentra en condiciones psicofísicas para realizar actividades deportivas.

Siendo su peso.....Kg. Talla.....cm. Grupo Sanguíneo.....R.H.....

....
Fecha. Firma del médico interviniente Sello del médico y matrícula

---

Firma del padre..... Firma de la madre.....

Aclaración..... Aclaración.....

D.N.I……... D.N.I……..

Tel..... Tel.....

Celular..... Celular.....

COLEGIO AULANUEVA