Instituto del

Inmaculado Corazón de María “Adoratrices” A-88 / D.E. N° 1

Paraguay 1419 – Cdad. de Bs. As.

Tel/Fax: 4812-1071 E mail: adoratrices\_sec@hotmail.com

**FICHA MÉDICA**

Apellido y Nombre: …………………………………………………………………………………………

Tipo y Número de Documento: ...…………………………………………………………………………...

Fecha de nacimiento: …………………………… Edad: ………….. Sexo: ……………………………….

Domicilio: ……………………………………………………………. Teléfono: …………………………

En caso de urgencia avisar a : ………………………………………… Teléfono: ………………...……….

Grupo Sanguíneo…………. Factor Rh ……………………………………………………………………...

Obra Social o Plan Médico: …………………………………………………………………………………

N° de Carnet o afiliación: …………………………………………………………………………………...

# Enfermedades padecidas que padece o a las que es propenso, a la fecha:

Sarampión …………………………….. Asma ……………………………………………….

Paperas ………………………………... Bronquitis …………………………………………..

Tos convulsa ………………………….. Resfríos …………………………………………….

Varicela ……………………………….. Afecciones de oído …………………………………

Escarlatina …………………………….. Afecciones de nariz …………………………………

Rubéola ……………………………….. Afecciones a los ojos ……………………………….

Epilepsia ………………………………. Enuresis …………………………………………….

Sinusitis ……………………………….. Sonambulismo ………………………………………

Meningitis …………………………….. Desmayos …………………………………………...

Reumatismo …………………………… Constipación ………………………………………..

Cardiopatías …………………………… Otras ………………………………………………..

# Intervenciones quirúrgicas:

Apendicitis …………………………….. Amigdalitis ………………………………………….

Hernia ………………………………….. Otras ………………………………………………...

Es alérgico/a a: Comidas ……………. Medicamentos …………… Antibióticos …………………………

¿Cómo lo evita? ……………………………………………………………………………………………..

Tiene problemas neurológicos: ……………………………………………………………………………...

Es celíaco: …………………………………………………………………………………………………...

Sufre diabetes ……………………………………………………………………………………………….

¿Tiene problemas de coagulación? …………………………………………………………………………

¿Está tomando algún medicamento? ………………¿Cuál? ……………………………………………….

¿Sigue algún tratamiento médico?............................. Indicarlo …………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………..

¿Puede comer de todo? ………… ¿Hay algún alimento contraindicado? …………………………………..

Traumatismos recientes ……………………………. Salud odontológica ………………………………….

Datos para tener en cuenta: ………………………………………………………………………………….

Señalar actividades que el niño no deba realizar exclusivamente por prescripción médica ………………...

………………………………………………………………………………………………………………..

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-

Certifico haber examinado a : ……………………………………………………………………………….

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

Para ser presentado a las autoridades del Instituto Inmac. Corazón de María “ADORATRICES”, en la Ciudad de Bs. As. ………………… del mes de ………………. De 20………….

Firma del Profesional ……………………………………………………………………………………..

Sello aclaratorio y N° de matrícula ………………………………………………………………………..

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-