

FICHA MEDICA

APELLIDO Y NOMBRE: LOMO ABRAH ROSO

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: DNI 46959337

FECHA DE NACIMIENTO: 24/01/06 EDAD: 17 SEXO: FEMENINO

DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: BOGAS 693

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: Dominica (1777A) TEL: 11 4943344

GRUPO SANGUINEO: A+ FACTOR RH: POSITIVO

OBRA SOCIAL: STG SOCIO N°: 3264656050042 TEL: _____

*VACUNAS (adjuntar fotocopias de carnet de vacunación)
*ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (marcar con un círculo)

- SARAMPION
- VARICELA
- TOS CONVULSIVA
- PAPERAS
- CARDIOPATIAS
- OTITIS
- BRONQUITIS
- HERNIAS
- SINUSITIS
- DIABETES
- REUMATISMO
- ESCARLATINA
- MENINGITIS
- ASMA
- PROBLEMAS NEUROLÓGICOS
- ENFERMEDAD CELACA
- EPILEPSIA

ANTECEDENTES DE INTERÉS

OPERACIONES: —

TRAUMATISMOS/FRACTURAS: —

? ALERGICO? — ?A QUÉ? —

? COMO LO EVITAR? —

? TIENE PROBLEMAS DE COAGULACIÓN? NO

*SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MEDICA.

OTRAS ACTIVIDADES QUE USTED CREA CONVENIENTE HACER: NINGUNA

CABA, 9/2/23

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a Lomo Abrah Roso DNI 46959337 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 Club Atletico All Boys.

Firma del Profesional

DR. ALBERTO L. BALDUZZI
MÉDICO
N.º 1208

Aclaración y N.º 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