

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: SOLARI ANTONELLATIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: DNI: 49.123.947FECHA DE NACIMIENTO: 22/12/2008 EDAD: 14 SEXO: FEMENINODOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: CAMARONES 3807EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: GASTÓN R. SOLARI TEL: 1160922588GRUPO SANGUINEO: A FACTOR RH: NEGATIVOOBRA SOCIAL: DOSUBA SOCIO N°: 146259-01 TEL: 4323-0423/0443*VACUNAS (adjuntar fotocopias de carnet de vacunación) ☒

*ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (marcar con un círculo)

SARAMPIÓN

OTITIS

ESCARLATINA

ENFERMEDAD CELÍACA

VARICELA

BRONQUITIS

MENINGITIS

EPILEPSIA

TOS CONVULSIVA

HERNIAS

ASMA

PAPERAS

SINUSITIS

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

CARDIOPATÍAS

DIABETES

REUMATISMO

OTRAS: _____

ANTECEDENTES DE INTERÉS

OPERACIONES: _____

TRAUMATISMOS/FRACTURAS: _____

¿ES ALERGICO? _____ ¿A QUÉ? _____

¿CÓMO LO EVITA? _____

¿TIENE PROBLEMAS DE COAGULACIÓN? _____

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

OTRAS ACTIVIDADES QUE USTED CREA CONVENIENTE HACER: _____

APTO FÍSICO

CABA, 23/2/2023Certifico haber examinado a Solari Antonella DNI 49.123.947 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 Ali Boys.

Firma del Profesional

Daniela S.V. Alonso
Pediatra M.N. 108561

Aclaración 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

Vacuna	Dosis	Fecha	Sello y Firma	Lote
AGRIPPAL SI		4 MAY 2013	INMUNITAS	129321
Meningitis		28 JUN 2013	Memmo (M12059)	INMUNITAS
A+C		07 MAY 2014	Agri/hol (135602)	INMUNITAS
Menigo 1:	1/2/14		SILGARD VPH-16 Vaccinación M.N. 07897	ABX721AA-1+
Menigo 2:	21.5.14		MANILLA DIANA M.N. 13596	ABX721AA-1+
HPV 1	2/01/20		CEAC	AC3783190A 02-2021
HPV 2	14/7/2020			

(*) Antihépatitis B = Dentro de las primeras 12 horas de vida

Edad	Recien nacido	1 ^{ra} Dosis	2 ^{da} Dosis	3 ^{ra} Dosis	4 ^{ta} Dosis	5 ^{ta} Dosis	6 ^{ta} Dosis	7 ^{ta} Dosis	8 ^{ta} Dosis	9 ^{ta} Dosis	10 ^{ta} Dosis	11 ^{ta} Dosis	12 ^{ta} Dosis	13 ^{ta} Dosis	14 ^{ta} Dosis	15 ^{ta} Dosis	16 ^{ta} Dosis	17 ^{ta} Dosis	18 ^{ta} Dosis	19 ^{ta} Dosis	20 ^{ta} Dosis	21 ^{ta} Dosis	22 ^{ta} Dosis	23 ^{ta} Dosis	24 ^{ta} Dosis	25 ^{ta} Dosis	26 ^{ta} Dosis	27 ^{ta} Dosis	28 ^{ta} Dosis	29 ^{ta} Dosis	30 ^{ta} Dosis	31 ^{ta} Dosis	32 ^{ta} Dosis	33 ^{ta} Dosis	34 ^{ta} Dosis	35 ^{ta} Dosis	36 ^{ta} Dosis	37 ^{ta} Dosis	38 ^{ta} Dosis	39 ^{ta} Dosis	40 ^{ta} Dosis	41 ^{ta} Dosis	42 ^{ta} Dosis	43 ^{ta} Dosis	44 ^{ta} Dosis	45 ^{ta} Dosis	46 ^{ta} Dosis	47 ^{ta} Dosis	48 ^{ta} Dosis	49 ^{ta} Dosis	50 ^{ta} Dosis	51 ^{ta} Dosis	52 ^{ta} Dosis	53 ^{ta} Dosis	54 ^{ta} Dosis	55 ^{ta} Dosis	56 ^{ta} Dosis	57 ^{ta} Dosis	58 ^{ta} Dosis	59 ^{ta} Dosis	60 ^{ta} Dosis	61 ^{ta} Dosis	62 ^{ta} Dosis	63 ^{ta} Dosis	64 ^{ta} Dosis	65 ^{ta} Dosis	66 ^{ta} Dosis	67 ^{ta} Dosis	68 ^{ta} Dosis	69 ^{ta} Dosis	70 ^{ta} Dosis	71 ^{ta} Dosis	72 ^{ta} Dosis	73 ^{ta} Dosis	74 ^{ta} Dosis	75 ^{ta} Dosis	76 ^{ta} Dosis	77 ^{ta} Dosis	78 ^{ta} Dosis	79 ^{ta} Dosis	80 ^{ta} Dosis	81 ^{ta} Dosis	82 ^{ta} Dosis	83 ^{ta} Dosis	84 ^{ta} Dosis	85 ^{ta} Dosis	86 ^{ta} Dosis	87 ^{ta} Dosis	88 ^{ta} Dosis	89 ^{ta} Dosis	90 ^{ta} Dosis	91 ^{ta} Dosis	92 ^{ta} Dosis	93 ^{ta} Dosis	94 ^{ta} Dosis	95 ^{ta} Dosis	96 ^{ta} Dosis	97 ^{ta} Dosis	98 ^{ta} Dosis	99 ^{ta} Dosis	100 ^{ta} Dosis
Edad	Recien nacido	1 ^{ra} Dosis	2 ^{da} Dosis	3 ^{ra} Dosis	4 ^{ta} Dosis	5 ^{ta} Dosis	6 ^{ta} Dosis	7 ^{ta} Dosis	8 ^{ta} Dosis	9 ^{ta} Dosis	10 ^{ta} Dosis	11 ^{ta} Dosis	12 ^{ta} Dosis	13 ^{ta} Dosis	14 ^{ta} Dosis	15 ^{ta} Dosis	16 ^{ta} Dosis	17 ^{ta} Dosis	18 ^{ta} Dosis	19 ^{ta} Dosis	20 ^{ta} Dosis	21 ^{ta} Dosis	22 ^{ta} Dosis	23 ^{ta} Dosis	24 ^{ta} Dosis	25 ^{ta} Dosis	26 ^{ta} Dosis	27 ^{ta} Dosis	28 ^{ta} Dosis	29 ^{ta} Dosis	30 ^{ta} Dosis	31 ^{ta} Dosis	32 ^{ta} Dosis	33 ^{ta} Dosis	34 ^{ta} Dosis	35 ^{ta} Dosis	36 ^{ta} Dosis	37 ^{ta} Dosis	38 ^{ta} Dosis	39 ^{ta} Dosis	40 ^{ta} Dosis	41 ^{ta} Dosis	42 ^{ta} Dosis	43 ^{ta} Dosis	44 ^{ta} Dosis	45 ^{ta} Dosis	46 ^{ta} Dosis	47 ^{ta} Dosis	48 ^{ta} Dosis	49 ^{ta} Dosis	50 ^{ta} Dosis	51 ^{ta} Dosis	52 ^{ta} Dosis	53 ^{ta} Dosis	54 ^{ta} Dosis	55 ^{ta} Dosis	56 ^{ta} Dosis	57 ^{ta} Dosis	58 ^{ta} Dosis	59 ^{ta} Dosis	60 ^{ta} Dosis	61 ^{ta} Dosis	62 ^{ta} Dosis	63 ^{ta} Dosis	64 ^{ta} Dosis	65 ^{ta} Dosis	66 ^{ta} Dosis	67 ^{ta} Dosis	68 ^{ta} Dosis	69 ^{ta} Dosis	70 ^{ta} Dosis	71 ^{ta} Dosis	72 ^{ta} Dosis	73 ^{ta} Dosis	74 ^{ta} Dosis	75 ^{ta} Dosis	76 ^{ta} Dosis	77 ^{ta} Dosis	78 ^{ta} Dosis	79 ^{ta} Dosis	80 ^{ta} Dosis	81 ^{ta} Dosis	82 ^{ta} Dosis	83 ^{ta} Dosis	84 ^{ta} Dosis	85 ^{ta} Dosis	86 ^{ta} Dosis	87 ^{ta} Dosis	88 ^{ta} Dosis	89 ^{ta} Dosis	90 ^{ta} Dosis	91 ^{ta} Dosis	92 ^{ta} Dosis	93 ^{ta} Dosis	94 ^{ta} Dosis	95 ^{ta} Dosis	96 ^{ta} Dosis	97 ^{ta} Dosis	98 ^{ta} Dosis	99 ^{ta} Dosis	100 ^{ta} Dosis

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN



ME LLAMO

Antonella Solari

NACI EL

22/12/88

VIVO EN

LAS PALMAS 2949

MI TELEFONO ES:

4919-3871

Vacuna	Dosis	Fecha	Sello y Firma	Lote
M.S.D BCG	1°	12/1/09	AD MEDICAL CENTER VACUNATORIO	1070816
	R			
SABIN ORAL	1°	26/04/09	VACUNAS HOSPITAL R. SARDI	6A
	2°	23 ABR 2009	VACUNAS HOSPITAL R. SARDI	7/6
	3°	08 JUL 2009	Vacunatorio CESAC 36	
	1° R	2 JUL 2010	Htal. Velez Sarsfield Vacunatorio CESAC 36	
	2° R	25/2/15	Htal. Velez Sarsfield Vacunatorio CESAC 36	
TRIPLE VIRAL SRP	1°	7 ENE 2010	Vacunatorio CESAC 36	
	R	25/2/15	Htal. Velez Sarsfield Vacunatorio CESAC 36	
TRIPLE CUADRUPE QUINTUPLE SEXTUPLE	1°	26/02/09	HOSPITAL R. SARDI	6A
	2°	23 ABR 2009	HOSPITAL R. SARDI	7/6
	3°	08 JUL 2009	Vacunatorio CESAC 36	
	R	12 JUL 2010	Htal. Velez Sarsfield Vacunatorio CESAC 36	
TRIPLE BACTERIANA (DPT)		25/2/15	Htal. Velez Sarsfield Vacunatorio CESAC 36	
DOBLE (dT _a)		2/01/20	Vacunatorio CESAC 36	1000 X10ANOS
VARICELA		9 DIC 2010	BARCELONA CP0933 INMUNITAS Vacunatorio	
ANTIHEPATITIS A		7 ENE 2010	CESAC 36 Htal. Velez Sarsfield	0.25 mL Virohep-A Junior lot: 3001549.05
		9 ABO 2010	Htal. Velez Sarsfield CESAC 36	HAVRIX 720 EI.U. VACUNA INACTIVADA ANTI - HEPATITIS A MONODOSIS
ANTIHEPATITIS B		22/12/07	Dr. FLORENCIA CORES PONTE MEDICA M.N. 102.508	801721/0
		26/04/09	VACUNAS HOSPITAL R. SARDI	6A
		08 JUL 2009	Vacunatorio CESAC 36	
ANTIGRI PAL	1°	10 MAY 2010	Htal. Velez Sarsfield Vacunatorio CESAC 36	INMUNITAS L. 063930A

OTRAS VACUNAS

Vacuna	Dosis	Fecha	Sello y Firma	Lote
05 OCT 2010	Q. viral		Htal. Velez Sarsfield CESAC 36 Vacunatorio	Compuera
13 MAY 2011	equitel		INMUNITAS	100801
13 MAY 2011	pereneus 13		INMUNITAS	915243A

R25/05

Para estar protegido contra la COVID-19, además de la vacuna tenés que cumplir las recomendaciones vigentes:

- Uso de barbijo
- Lavado frecuente de manos con agua y jabón
- Mantener la distancia de 2 metros con otras personas
- No compartir el mate ni la vajilla

Ante la presencia de síntomas de la enfermedad COVID-19 consultá inmediatamente al sistema de salud de tu localidad y evitá el contacto con otras personas.

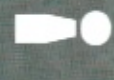
Este carnet es un documento importante. Guardalo en un lugar seguro y sacale una foto para tenerlo disponible siempre.

Al momento de la vacunación recibirás información adicional sobre la vacuna aplicada.

Carnet único de vacunación contra el SARS CoV2 (COVID-19)

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido	Antonella Saei		
Fecha de Nacimiento	DNI	69.123.947	
Teléfono			
Domicilio			
Localidad	Provincia		
Motivo de indicación de vacuna			



Es importante completar el esquema con la misma marca de vacuna con que lo iniciaste.

No olvides presentar tu carnet cuando te acerques para recibir la segunda dosis.

Nombre y Apellido:

IMPORTANTE

- Si posterior a la vacunación Ud. presenta algún síntoma, consulte al centro de salud y muestre este carnet.
- Para consultas sobre las vacunas contra COVID-19 comunicarse a la línea 120.

• El tiempo entre las dos dosis de la vacuna es el intervalo mínimo. Para lograr la máxima protección se debe completar el esquema de dos dosis, aunque transcurran más días que el intervalo mínimo.

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR O CENTRO DE VACUNACIÓN (firma y sello)	OBSERVACIONES
Marca Pfizer 11-25-45	1 ^a ✓	22/10/2021	PH0087	MINISTERIO DE SALUD GCBA Posta Casa de la Integración	próxima vacunación a partir de/...../.....
Pfizer	2 ^a 0	05-12-21	FJ4188	MINISTERIO DE SALUD GCBA Posta Corazón Floresta	21 días
Marca Pfizer	3 ^a 25-5-22	25-5-22	FT036C	MINISTERIO DE SALUD GCBA Posta Corazón Floresta	próxima vacunación a partir de/...../.....
	2 ^a				

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....