

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: Carballeo Behar Bianca
 TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: DNI 50586449
 FECHA DE NACIMIENTO: 13/10/10 EDAD: 12 SEXO: Femenino
 DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: Elpidio Gonzalez 2772

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: Karina Behar (mamá) TEL: 1140896724
 GRUPO SANGUINEO: A FACTOR RH: (+)
 OBRA SOCIAL: OSDE SOCIO N°: 62803435 004 TEL: 0810 888 7788
0810 999 6300

*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

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

PAPERAS

SINUSITIS

REUMATISMO

CARDIOPATÍAS

DIABETES

OTRAS: Cardiopatía CIA cerrada con amplatzer en Feb. 2019

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, 23/2/23

Certifico haber examinado a CARBALLO B. BIANCA DNI 50.586.449 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

Aclaración y N° de matrícula

SILVIA C. PASTRANA
 MEDICA PEDIATRA
 M.N. 72032

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