

FORMULARIO FMB N° 014**Ficha Médica.**

DATOS DEL JUGADOR			
Nombre y Apellido	CAROLINA A. GONZALÍA	Fecha de Nacimiento	08/04/2011
Dirección	MONTEAGUDO 248 PB "B" CABA	Teléfono	115331-5861 3531-8484
Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
Lugar de trabajo del Padre CONSEJO DE LA DIRECCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (GCBA)		Lugar de trabajo de la Madre CONSEJO DE LA DIRECCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (GCBA)	
Teléfono 5030-9884		Teléfono 5030-9884	
Familiares cercanos COLW BARTAL GONZALEZ		Médico del Jugador NORA E. MAURER	
Teléfono 155331-5861		Teléfono 115823-6171	
Obra Social y N° de Asociado OBSBA 0039257612			
Teléfono de Urgencias. 0810-333-8888			

- A. Grupo sanguíneo O+
- B. Es alérgico a NADA
- C. Se encuentra bajo tratamiento por HIPOTIROIDISMO
- D. Medicación que toma permanentemente LEVOTIROXINA 50.00 MG
- E. Fecha de vacunación antitetánica 16/05/2022
- F. alguna otra situación particular determinada por el medico que deba ser conocida

A completar por el médico:

¿El alumno requiere de algún tratamiento especial durante la clase? NO ¿Cuál?

¿Hace uso de algún medicamento especial? SI ¿Cuál? LEVOTIROXINA 50.00 MG

¿Por qué? HIPOTIROIDISMO

¿Está apto para realizar actividades deportivas dentro de los entrenamientos y partidos de Handball durante el corriente año? SI

Resultado del electrocardiograma de esfuerzo.....

Médico responsable

Firma y sello

Lugar y fecha del examen: ; de de

CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

Fecha 3/1/23

Dejo constancia que Caroline Frejalis

DNI: 51069843 de 11 años de edad ha
sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud
para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad,
sexo, estadio madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.

OBSERVACIONES:

Dra. Nora E. Manfredi
Pediatra
M.N. 73778

.....
Firma y sello del médico

"Según: Actualización consenso constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas, Arch Argent pediatr 2014;112(4):375-390"

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
ANTIGRI PAL	1º dosis			
	2º dosis			
HEPATITIS A	Única dosis			
TRIPLE VIRAL (SRP)	1º dosis			
	2º dosis			
VARICELA	Única dosis			
TRIPLE BACTERIANA CELULAR (DTP)	Refuerzo			
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)	Refuerzo			
VPH	1º dosis			
	2º dosis			
FIEBRE AMARILLA	1º dosis			
	Refuerzo			
OTROS				

DPTA

Vacunatorio
H. SARTA

boostrix

LOT EXP :

AC37B360AA
05-2022

SILGARD
VPH®

SILGARD
VPH®

Vacuna celularivalente
recombinante contra el virus
del papiloma humano, tipos
6, 11, 16 y 18.
Suspensión líquida.
0,5ml. Vía intramuscular.
Conservar entre 2 y 8°C.
No congelar.

Lote: 016756

16/5/22 VG

Vanessa Encinas
Enfermera - U.B.A.

M.N. 111242 - M.P. 19991

16/5/22 VG

Vanessa Encinas
Enfermera - U.B.A.

M.N. 111242 - M.P. 19991

Encinas
U.B.A.
M.P. 199915