

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: TORRES, FLORENCIA AILEN
 TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: SI.068.103
 FECHA DE NACIMIENTO: 05/04/11 EDAD: 11 SEXO: Femenino
 DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: FERNANDEZ ESPIRO 2478 - P.B CABA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: TORRES, ANNIAU TEL: 9557-3295
 GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR RH: (_____)
 OBRA SOCIAL: GALENO SOCIO N°: 0010479503 TEL: _____

*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? NO ¿A QUÉ? /

¿CÓMO LO EVITA? /

¿TIENE PROBLEMAS DE COAGULACIÓN? NO

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

OTRAS ACTIVIDADES QUE USTED CREA CONVENIENTE HACER: _____

APTO FÍSICO

CABA, 22/2/2023

Certifico haber examinado a FLORENCIA AILEN TORRES DNI 51068103 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.

Dra. MÓNICA S. GARELLO
 PEDIATRA - M.N. 73.926

Firma del Profesional

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

ADRIAN JORGE TORRES
 Aclaración