

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: SOLARI EMILIA
 TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: DNI: 52.952.219
 FECHA DE NACIMIENTO: 13/12/2012 EDAD: 10 SEXO: FEMENINO
 DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: CAMARONES 3807

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: GASTÓN R. SOLARI TEL: 1160922588
 GRUPO SANGUINEO: A FACTOR RH: (NEGATIVO (-))
 OBRA SOCIAL: DOSMA SOCIO N°: 146259-03 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,

23/02/2023

Certifico haber examinado a Solari Emilia DNI 52.952.219 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

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
Prevenar 13 Vacuna Neumocócica Conjugada 13-Valente (Proteína Diftérica CRM ₁₉₇) Suspensión Inyectable. Vía de administración: IM 1 dosis (0,5 mL) Wyeth® Lote: 918240 Vence: JUL 7 13 PA018810	1º	21/02/13	Htal. Vélez Sarsfield CESAC 368 Vacunatorio	(Proteína Diftérica CRM ₁₉₇) Suspensión Inyectable. Vía de administración: IM 1 dosis (0,5 mL) Wyeth® Lote: Vence:
	2º	03/05/13	Htal. Vélez Sarsfield CESAC 368 Vacunatorio	Lote: Vence:
	3º	8/01/14	Htal. Vélez Sarsfield CESAC 368 Vacunatorio	Lote: Vence:
A76.		07 MAY 2014	Programa Cuidarse en Salud AGROMINSA de Salud 363030 de la Nación	UNITAS de la Nación
Compara Solista y Doble Dosis		10/2/14		
Mauicgos		11 MAY 2013	BEXISSCO ABX723 AB	Cayampa F. Balbina A. Enfermera Profesional M. 88551

Edad	BCG	Anti hepatitis B	Sabin	Cuadruple DTP + Hib	Triplic Bacteriana (DTP)	Triplic Viral (SVP)	Doble Adultos (dta)	Recien nacido	1ª Dosis (*)	2ª Dosis	3ª Dosis	4ª Dosis	1ª Refuerzo	2ª Refuerzo	3ª Refuerzo	4ª Refuerzo	5ª Refuerzo	6ª Refuerzo	7ª Refuerzo	8ª Refuerzo	9ª Refuerzo	10ª Refuerzo
10 Años																						
9 Años																						
6 Años																						
18 Meses																						
12 Meses																						
6 Meses																						
4 Meses																						
2 Meses																						
Recien nacido																						

CERTIFICADO DE VACUNACION



ME LLAMO SOLARI EMILIA

NACI EL 13/12/12

VIVO EN _____

MI TELEFONO ES: DNI 52.952.219

Vacuna	Dosis	Fecha	Sello y Firma	Lote
BCG	1°	26/12/12	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	0378 1134
	R			
SABIN ORAL	1°	21/02/13	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	
	2°	03/05/13	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	Polaroid.
	3°	22/07/13	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	Polaroid
	1° R			
	2° R	12/08/18	Htal. Vélez Sarriena	
TRIPLE VIRAL SRP	1°	8/01/14	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	
	R	12/08/18	Htal. Vélez Sarriena	
TRIPLE CUADRUPE QUINTUPLE SEXTUPLE	1°	21/02/13	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	
	2°	03/05/13	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	Herbe pinto
	3°	22/07/13	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	Herbe pinto
	R			
TRIPLE BACTERIANA (DPT)	6da	12/08/18		
DOBLE (dTa)				
VARICELA		8/01/14	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	08-2012 07-2017
ANTIHEPATITIS A		8/01/14	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	Storile diluent for reconstitution of the adjuvanted vaccine. Diluent sterile pour reconstitution de vaccin lyophilisé. Diluyente estéril para reconstitución de vacuna liofilizada 1 dose Contenido no preservativo Sans conservateur No conserve preservative Oscilivac S.A. Rixensart - Belgium 446070
HEPATITIS B		13/12/12	Dr. Pedro J. Molina Pediatra - Neonatólogo M.N. 99107 - M.P. 110130	0801/0
		21/02/13	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	Pinto
		03/05/13	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	Pinto.
ANTIGRIPEAL	153	22/07/13	Htal. Vélez Sarriena CESAC 36 Vacunatorio	VIRAFLU PEDIATRICA Vacuna ANTIGRIPEAL A-17 tipos de virus inactivados CIPAS (MS) TEMPORADA 2013 PARA HEMISFERIO SUR 1 dose (0.25 ml)

OTRAS VACUNAS

Vacuna	Dosis	Fecha	Sello y Firma	Lote
Hemofilia	1	19 JUN 2014	Memor (413033)	INMUNITAS
MENUGO		16 JUN 2014	Nadia M. Sosa Lic. en Enfermería Mat. Nac. 73384	150742

2. 11/12

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	FELIUA SOARI		
Fecha de Nacimiento	13.12.2012	DNI	52952219
Teléfono	11 40731553		
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.

argentina.gob.ar/salud
Línea 120

DNI: 52952219.

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 Sinopharm	1º	30-10-21	202108B2502	MINISTERIO DE SALUD GCBA Ponte San Lorenzo	próxima vacunación a partir de 21 días
Marca Sinopharm	2º	11-12-21	202108B2569	Mariana Ramos Enfermera Profesional M. N. 10450	
Marca MONERNA	1º	09/01/23	007D224	MINISTERIO DE SALUD GCBA Mto. Corintón Floresta	próxima vacunación a partir de / /
	2º				

OBSERVACIONES: