

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: CAAMAÑO Azul Ayleen
 TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: DNI 52.095.696
 FECHA DE NACIMIENTO: 12/01/12 EDAD: 11 SEXO: F
 DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____ TEL: _____
 GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR RH: (_____)
 OBRA SOCIAL: _____ SOCIO N°: _____ 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? _____ ¿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, 01-03-2023

Certifico haber examinado a AZUL A. CAAMAÑO DNI 52.095.696 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

Dra. ESTELA GRAD
 MÉDICA PEDIATRA
 M.N. 61.210
 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

Sanchez Rosano N,