

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: DELUCCI, MalvinaTIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: DNI 49.960.124FECHA DE NACIMIENTO: 18/12/09 EDAD: 13 SEXO: FDOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: Mercedes 1556, CABAEN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: Karina Bearzi TEL: 115506 2240GRUPO SANGUINEO: O + FACTOR RH: (+)OBRA SOCIAL: Poder Judicial SOCIO N°: 43539/31 TEL: 4323 0428

*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: NO

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, 17/01/2023

Certifico haber examinado a DELUCCI MALVINA DNI 49 960124 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. M.E. Albores

M.N. 51118

MEDICA PEDIATRA

M. Gabriela Albores

MN 8118

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