



Buenos Aires,.....dede 201..

❖ CERTIFICADO DE APTO FISICO:

Certifico haber examinado a:.....
Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnasticas y deportivas de acorde a su edad. Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Irlandes.

OBSERVACIONES:

.....
.....

.....
Firma y Sello del Medico

❖ CERTIFICADO BUCO –DENTAL:

Dejo constancia quedeaños de edad.-
Presenta un estado Bucal:

Bueno

Regular

Malo

OBSERVACIONES:

.....
.....

.....
Firma y sello del Odontólogo

❖ CERTIFICADO DE AGUDEZA VISUAL:

Dejo Constancia quede.....años, presenta un estado visual:

BUENO.....

SIN CORRECCION OD...../10

OI...../10

CON CORRECCION OD...../10

OI...../10

OBSERVACIONES:.....

.....
Firma y sello del Médico Especialista



FICHA MEDICA de SALUD- AÑO 2017

Datos Personales:

Apellido y Nombre: Nivel/año.....

Fecha de Nacimiento:..... Edad:..... DNI:.....

DOMICILIO

Dirección:..... Localidad:..... C.P.:.....

Teléfono: Teléfonos alternativos.....

DATOS FAMILIARES:

Responsable Parental:

E Mail:.....

Cobertura Médica:

La escuela cuenta con cobertura médica de Emergencia. En caso de necesidad de traslado, enumere los lugares de preferencia:

a).....

b).....

c).....

Obra Social/Seguro de Salud/Medicina Prepaga:..... Socio N°:.....

Enfermedades que padece o padeció (marcar con una cruz)

Sarampión	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	Tos Convulsa	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	Otitis	<input type="checkbox"/>	Celiaco	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	Problemas Neurológicos	<input type="checkbox"/>

Otras.....

Antecedentes de Interés

Operaciones.....

Traumatismos/ Fracturas:.....

¿Es alérgico?..... ¿A que?:.....

¿Cómo lo Evita?.....

¿Tiene problemas de Coagulación?..... ¿Toma alguna medicación?.....

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?.....

Otras.....

Grupo Sanguíneo: Factor:.....RH:.....

Medidas Antropométricas: Peso.....Talla:.....

.....
Firma y Aclaración de los Responsables Parentales