

**FICHA MÉDICA PERSONAL – 2024**

Nombre y Apellido del alumno/a:.....

Sección:.....División:.....Turno: ..... Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Edad: .....

Domicilio: .....

Teléfono Papá: ..... Teléfono Mamá: ..... Otro: .....

Obra Social: .....

**ANTECEDENTES MÉDICOS Y FÍSICOS**

Grupo Sanguíneo: ..... RH: .....

Ha tenido o tiene dificultades a nivel:

Muscular, óseo y articular    Sí     NO                     Cardiovascular, respiratorio    Sí     NO

Vista – oídos                    Sí     NO                     Psicológico, neurológico    Sí     NO

Enfermedades infectocontagiosas: .....

Cirugías: .....

Si es alérgico: ¿A qué? .....

¿Alguna situación especial para tener en cuenta? .....

¿Posee alguna dieta especial? .....

¿Posee alguna prescripción médica especial? .....

En caso que la respuesta anterior sea afirmativa, informe a continuación cómo actuar (según criterio médico):

.....  
.....

**APTO FÍSICO:** Dejo constancia que ..... DNI.....

**SÍ – NO** (tachar lo que no corresponda) puede realizar actividad física.

Observaciones a completar por el médico: (Agregar todo lo que se considere necesario):

.....  
.....

San Juan, ...../...../2024

Firma y sello del médico.....

**AUTORIZACIÓN (padre – madre – tutor)**

El/la que suscribe .....D.N.I. ....

autoriza a su hijo/a .....

D.N.I. ....a recibir en caso de urgencia, atención médica primaria.

San Juan, ..... de ..... de 2024

Firma: .....

Aclaración:.....

