

## FICHA MÉDICA

---

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio de los padres o responsables: \_\_\_\_\_

En caso de urgencia avisar a: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor RH ( \_\_\_\_\_ )

Obra Social: \_\_\_\_\_ Socio N° \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ ( Marcar con una X ):

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sarampión   | <input type="checkbox"/> Meningitis     | <input type="checkbox"/> Cardiopatías           |
| <input type="checkbox"/> Otitis      | <input type="checkbox"/> Tos convulsiva | <input type="checkbox"/> Diabetes               |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Hernias        | <input type="checkbox"/> Reumatismo             |
| <input type="checkbox"/> Celíaco     | <input type="checkbox"/> Asma           | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia   | <input type="checkbox"/> Paperas        | <input type="checkbox"/> Bronquitis             |
| <input type="checkbox"/> Varicela    | <input type="checkbox"/> Sinusitis      |   |

Otras: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE INTERÉS:

Operaciones: \_\_\_\_\_

Traumatismos / fracturas: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo evita o controla un episodio alérgico? \_\_\_\_\_

¿Sufre de diabetes? \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas de coagulación? \_\_\_\_\_

## APTO FÍSICO

---

Certifico haber examinado a \_\_\_\_\_

quien se encuentra en condiciones físicas para realizar actividades de aprendizaje.

Exido esta constancia para ser presentada ante las autoridades de **Instituto CanZion Argentina.**

(Ciudad) \_\_\_\_\_ , (Fecha) \_\_\_\_\_



.....  
Firma del Profesional

.....  
Sello aclaratorio y N° de Matrícula

Smile  
on my face

---

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.