



FICHA DE ORIENTACION MÉDICA

Fecha: __/__/__

SOCIO

NO SOCIO

COLONO

APELLIDO Y NOMBRE:.....
SEXO: M F FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD:..... TIPO y Nº DOC. :
Grupo Sanguíneo:.....Factor R.H.:.....

DOMICILIO

CALLE:..... Nº..... PISO: DPTO. :
LOCALIDAD:..... PROVINCIA:..... COD.POST.:.....
TELEFONO FAMILIAR:..... CEL.:
OTRO TELEFONO:..... Email:

OBRA SOCIAL (adjuntar fotocopia del carnet)

NOMBRE:..... Nº AFILIADO:..... ANTIGÜEDAD:

A) VACUNAS OBLIGATORIAS PARA LA INSCRIPCION Y FECHA DE LA ÚLTIMA APLICACION

MENINGITIS	SI	-	NO	FECHA:...../...../.....
ANTIVARIOLICA	SI	-	NO	Fecha:...../...../.....
ANTIDIFTERICA	SI	-	NO	Fecha:...../...../.....
ANTIPOLIO	SI	-	NO	Fecha:...../...../.....
ANTITETANICA	SI	-	NO	Fecha:...../...../.....
SUERO ANTITET.	SI	-	NO	Fecha:...../...../.....

B) OTRAS VACUNAS APLICADAS

.....	SI	-	NO	Fecha:...../...../.....
.....	SI	-	NO	Fecha:...../...../.....
.....	SI	-	NO	Fecha:...../...../.....

C) OPERACIONES.

APENDICITIS	SI	-	NO	Fecha:...../...../.....
.....	SI	-	NO	Fecha:...../...../.....
.....	SI	-	NO	Fecha:...../...../.....

D) DE LA LISTA QUE SIGUE TACHE LAS ENFERMEDADES QUE NO HA PADECIDO.

SARAMPION - OTITIS - ECZEMAS - VARICELA - BRONQUITIS - ASMA - PAPERAS -VIRUELA - DIFTERIA - TOS CONVULSA - ESCARLATINA - RESFRIOS -REUMA - SINUSITIS - CONJUNTIVITIS
OTRAS ENFERMEDADES:.....

E) **ESTA BAJO TRATAMIENTO ACTUALMENTE** SI - NO
DEBE INGERIR ALGUN MEDICAMENTO. CUAL?:.....

F) **ES ALERGICOA ALGUN MEDICAMENTO. CUAL?:**.....

G) **TIENE ALGUNA DIFICULTAD A DESTACAR CON ALGUN ALIMENTO** SI - NO

H) **CUALQUIER INDICACION DE CARACTER MEDICO QUE CONSIDERE :**

ESTA APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA / DEPORTES / NATACIÓN SI NO

La presente reviste carácter de Declaración jurada. La omisión de datos o falsedad de los mismos será responsabilidad de los señores padres.

FIRMA DEL PADRE MADRE O TUTOR

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Aclaración de firma

Aclaración de firma