



**Circulo Policía Federal  
Departamento de Deportes  
Colonia de Vacaciones**



**FICHA DE ORIENTACION MÉDICA**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SOCIO n°**

**NO SOCIO**

**COLONO**

APELLIDO Y NOMBRE:.....

SEXO: M F FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD:..... TIPO y N° DOC. : .....

Grupo Sanguíneo:.....Factor R.H.:.....

**DOMICILIO**

CALLE:..... N°..... PISO: ..... DPTO. : .....

LOCALIDAD:..... PROVINCIA:..... COD.POST.:.....

TELEFONO FAMILIAR:..... CEL.: ...../.....

OTRO TELEFONO:..... Email: .....

**OBRA SOCIAL, CUAL?..... TELEFONO DE LA OBRA SOCIAL:.....**

NOMBRE:..... N° AFILIADO:..... ANTIGÜEDAD: .....

**A) VACUNAS QUE LE HAN SIDO INOCULADAS (Fecha última aplicación)**

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 CUAL? SI - NO  
DEBE INGERIR ALGUN MEDICAMENTO. CUAL?:.....**

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

**G) TIENE ALGUNA DIFICULTAD A DESTACAR CON ALGUN ALIMENTO O CELIACO? 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 Y ACLARACION DEL PADRE, MADRE O TUTOR**

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO**