



**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) CIRUGIAS.

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

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

SARAMPION - VARICELA - BRONQUITIS - ASMA - PAPERAS -VIRUELA - DIFTERIA - ESCARLATINA -REUMA - SINUSITIS
OTRAS ENFERMEDADES:.....

C) TUVO COVID 19: SI – NO

D) ESTA VACUNADO PARA COVID 19: SI – NO

F) ESTA BAJO TRATAMIENTO MEDICO ACTUALMENTE?: SI – NO . **CUAL?:**.....

G) DEBE INGERIR ALGUN MEDICAMENTO.: CUAL?:.....

H) ALERGIAS.: SI – NO CUAL?:.....

H) ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO.: CUAL?:.....

I) TIENE ALGUNA DIFICULTAD A DESTACAR CON ALGUN ALIMENTO O CELIACO? SI – NO
. CUAL?:.....

J) 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
