



FICHA MÉDICA PERSONAL DEL JOVEN

Nombre y apellido del joven:

Tercer Tiempo:

Fecha de nacimiento: Nacionalidad:

D.N.I.:

Dirección:

Localidad: Cel. joven:

¿Tiene obra social? SÍ - NO ¿Cuál?

Nº de Afiliado:

Adjuntar fotocopia de carnet de Obra Social o Medicina pre-paga.

Nombre y Apellido de la Madre: Nac.:

Profesión: Lugar de trabajo:

Teléfono: Celular mamá:

E-mail:

Nombre y Apellido del Padre: Nac.:

Profesión: Lugar de trabajo:

Teléfono: Celular papá:

E-mail:

En caso de emergencia

¿A quién se deberá llamar primero?

En caso de traslado indique Centro de Salud aconsejado:

¿A qué otras personas se puede llamar en caso de no encontrarse?

Nombre y Apellido:

Parentesco:

Teléfono: Celular:

Nombre y Apellido:

Parentesco:

Teléfono: Celular:

Apellido y Nombre del Médico:

Lugar y teléfono dónde se lo pueda ubicar:

Celular:

INFORMACIÓN MÉDICA (PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL)

1- Grupo sanguíneo:

2- ¿Padece el joven alguna afección por la cual pudiera requerir de asistencia en forma urgente? En caso afirmativo describir.

3- ¿Es alérgico? SÍ - NO ¿A qué?

4- ¿Tiene el joven alguna alteración motora, auditiva, visual o del lenguaje que pueda compensarse con una ubicación especial o con una atención diferenciada por parte del docente? En caso afirmativo por favor aclarar.

5- ¿Hay en el joven antecedentes cardiovasculares familiares o personales significativos, datos del examen físico que ameriten una evaluación cardiológica? En caso afirmativo por favor adjuntar el resultado de la evaluación.

6- ¿Se encuentra apto para realizar actividad física?

7- ¿Recibe alguna medicación en forma crónica?

Firma y sello del profesional médico

IMPORTANTE: En caso de contar con el Certificado de Aptitud Física se ruega adjuntarlo a la presente. Muchas gracias.