FICHA MÉDICA

Apellido y nombre:……………………………………………………………………………………..….

Dirección................................................................ Localidad ......................................................................................

Teléfono............................................Teléfono de urgencia...........................................................................................

Edad ............... Fecha de nacimiento................................. DNI..................................................................................

Grupo sanguíneo: ...................................... RH: .............................................................................................................

# Antecedentes personales

Alergias: SI / NO ¿Cuáles?

Convulsiones: SI / NO Desmayos: SI / NO

Enfermedades pulmonares: SI/NO Enfermedades cardíacas: SI / NO

Diabetes: SI / NO Epilepsias: SI / NO

Vacunación antitetánica: SI/ NO Fecha de última aplicación: .............................................................................

¿Se encuentra tomando algún medicamento?: SI / NO ¿Cuáles? .........................................................................

¿Se encuentra bajo tratamiento médico alimenticio?: SI / NO

Obra social: SI / NO ¿Cuál?

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a ……..., en …………………, a los …….. días del mes de ………………….. de 20….., autorizando por la presente a actuar en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos arriba consignados.

Firma de padre, madre, tutor ………………………………Aclaración de la firma…………………….