

FICHA MEDICA

COBERTURA MEDICA _____

Nº AFILIADO _____ TELEFONOS _____

ASMA SI / NO PROB. RESPIRAT. SI / NO

DIABETES SI / NO EPILEPSIA SI / NO

ALERGIAS SI / NO CUALES _____

ALERGIAS A ALGUN MEDICAMENTO SI / NO

CUALES _____

FRACTURAS SI / NO CUALES _____

AFECCIONES CARDIACAS SI / NO

PROBLEMAS CIRCULATORIOS SI / NO

INTERVENCIONES QUIRURGICAS SI / NO

CUALES _____

ENFERMEDADES INFECCIOSAS SI / NO

CUALES _____

LESIONES DEPORTIVAS SI / NO

CUALES _____

TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS SI / NO

MOTIVO _____

OTRAS OBSERVACIONES _____

Recuerde que deberá entregar también el certificado de Aptitud Física, extendido por un médico matriculado. La ley Nº 139 establece su obligatoriedad. Declaro que los datos proporcionados tienen carácter de declaración jurada. Asimismo me comprometo a mantenerlos actualizados.

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR

ACLARACION / DNI