



Sección: _____

Turno: _____

FICHA MEDICA

DATOS PERSONALES

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono particular _____ Socio/a N°: _____ Invitado/a N°: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Cobertura médica: _____ N° de afiliado/a: _____

Teléfono de cobertura médica: _____

Sección en Vacaciones Alegres: _____

ANTECEDENTES MEDICOS (Tachar lo que no corresponda)

GRUPO SANGUINEO: _____

ASMA: SI NO

DIABETES: SI NO

ALERGIAS: SI NO Cuales: _____

PROBLEMAS REPIRATORIOS SI NO

ALERGIAS A MEDICAMENTOS SI NO Cuales: _____

FRACTURAS SI NO Cuales: _____

AFECCIONES CARDIACAS SI NO Cuales: _____

INTERVENCIONES QUIRURGICAS SI NO Cuales: _____

ENFREMEADAS INFECCIOSAS SI NO Cuales: _____

LESIONES DEPORTIVAS SI NO Cuales: _____

REALIZA ALGÚN TRATAMIENTO SI NO Detalle: _____

PROBLEMAS CIRCULATORIOS SI NO

EPILEPSIA SI NO

ALGUN OTRO DATO QUE CONSIDERE IMPORTANTE: _____





Con la presente ficha médica deberá entregarse el certificado de aptitud física, extendido por un profesional matriculado. La ley n° 139 establece su obligatoriedad. Declaro que los datos proporcionados tienen carácter de declaración jurada. Asimismo me comprometo a mantenerlos actualizados.

Firma de
Adulto Responsable

Aclaración

DNI

Celular de contacto

Fecha

