



FICHA MÉDICA PERSONAL OBLIGATORIA

La confección y presentación de esta ficha no es un mero trámite administrativo. De la veracidad de los datos que nos aporten, depende su seguridad.

APELLIDO Y NOMBRE: _____ DNI N°: _____
DOMICILIO: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
TEL/CEL ANTE EMERGENCIAS: _____ WHATSAPP: SI NO LÍNEA: Mov Claro Pers
EMAIL: _____ OBRA SOCIAL: _____ N° SOCIO _____

DATOS DEL NIÑO/A PARA SER LLENADO POR MADRE, PADRE O TUTOR: (encerrar con un círculo lo que corresponda)

Form containing various medical history questions and checkboxes for symptoms like 'Se realiza controles Médicos en forma Periódica?', 'Presenta alguna de las siguientes Patologías de Base', and 'Presenta alguna Alergia a:'.

Three columns for medical signatures: CONTROL OFTALMOLÓGICO, CONTROL CARDIOLÓGICO, and CONTROL CLÍNICO, each with a signature line and observation space.

Otros especialistas, según necesidad:

Three columns for other specialists' signatures and observations, similar to the previous section.