CLUB ATLÉTICO RIVER PLATE

2024

COLONIA DE VACACIONES DE VERANO – FICHA MEDICA

Apellido y Nombre:		Fecha de Nac.:		Edad:	
DNI:		Teléfonos de contacto:			

ANTECEDENTES PERSONALES - INDIQUE SI o NO					
	SI	**NO**		**SI**	**NO**
DESMAYOS			SOPLO CARDIACO		
TAQUICARDIA			ASMA		
CONVULSIONES			ALERGIA		
EPILEPSIA			FALSO GRUP		
MENINGITIS			PARTO NORMAL		
DIABETES			COMPLICACIONES EN EL PARTO		
PERDIDA DE CONOC. TRAUMATICA			PERDIDA DE CONOC. NO TRAUMATICA		
VACUNAS COMPLETAS			**GRUPO SANGUINEO Y FACTOR:**		

¿Fue sometido a alguna intervención quirúrgica? En caso positivo indique ¿Cuál y en qué año?
……..……
Actualmente debe ingerir algún medicamento, o padece alguna enfermedad prolongada
……..……...……..
¿Es alérgico a algún alimento, medicamento o alguna otra cosa? ¿Cuál?
……..…….……
¿Es propenso a alguna enfermedad? ¿Cuál?
……..……..……
¿Tiene algún tipo de trastorno de la Conducta? TGD..... TDAH.....TEA.....
OTROS.....
Cualquier otra indicación de carácter médico que considere conveniente indicar……...…….……
..……..……..….

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A					
1°	NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO	2°	NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A LA ENTIDAD SANITARIA:	
EN 1° LUGAR:	EN 2° LUGAR:

Declaro que la información suministrada es completa y verídica.

...…..……..……...……	……...……	…….……
Firma del Padre, Madre o Tutor	Aclaración	Nro. de Documento

Por la presente se deja constancia que..... se encuentra a la fecha de la presentación, en estado de salud satisfactorio, estando en condiciones de desarrollar actividades deportivas.

……..	…….	……..
Sello y Matrícula Profesional	Fecha	Firma del Médico