



FICHA MEDICA

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____
Dirección: _____ TEL: _____
Celular: _____ Fecha de Nacimiento: _____
E-Mail (del alumno o padre): _____
Grupo Sanguíneo: _____ Factor: _____
Obra Social / Prepaga: _____ N° de Afiliado: _____
Teléfonos: _____

ENFERMEDADES DEL PRACTICANTE (Completar sólo los datos que correspondan)

Asma: _____ Cefaleas: _____ Audición: _____ Bronquitis c/el ejercicio: _____
Mareos _____ Visión: _____ ¿Usa Anteojos?: _____ Desmayos: _____
Diabetes: _____ ¿Usa Insulina? _____ Hernias: _____ Tiroides: _____
Convulsiones: _____ Enfermedades renales: _____ Presión alta / baja: _____
Enfermedades Cardiovasculares: _____ Problemas de coagulación: _____
Intervenciones quirúrgicas: _____ ¿Cuáles?: _____
Enfermedades neurológicas: _____
Fracturas: _____ ¿Cuáles?: _____
Otros antecedentes traumáticos: _____

OBSERVACIONES

Enfermedades congénitas: _____
¿Otras Enfermedades?: _____ Especificar: _____
Dieta Especial: _____ Medicación de base: _____ Dosis: _____
¿Es alérgico?: _____ ¿A qué?: _____ ¿Cómo lo evita?: _____
¿Tiene plan de vacunas al día?: _____
¿Necesita algún control o cuidado especial durante la práctica de Taekwon-Do?: _____

¿Se retira sólo? _____ Personas autorizadas a retirarlo: _____
Nombre y Apellido: _____ Parentesco: _____ DNI: _____
Nombre y Apellido: _____ Parentesco: _____ DNI: _____
Nombre y Apellido: _____ Parentesco: _____ DNI: _____

Deberá adjuntar certificado médico autorizando la actividad (Decreto N° 1821 GCBA / Ley 12329 Prov. De Bs. As.)

Si desea hacer algún comentario, por favor hágalo aquí: _____

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración

DNI