Escuela de Fútbol CIMDIP & Miguel Cané

DATOS PERSONALES Y FICHA MEDICA 2020

Completar con letra imprenta

Apellido y Nombres:…… ……
Domicilio:…… Localidad:…… CP:……
Teléfono:…… Teléfonos alternativos:……
Fecha de Nacimiento:…… Edad:…… …….. Sexo:…… D.N.I.:……
Curso: …… Nivel: ……
EN CASO DE EMERGENCIA:
Nombre de la madre: …… Celular: ……
Nombre del padre: ……..…… Celular: ……
Obra Social:…… Socio Nº:…… ……..Teléfonos:……

Historia clínica (tache lo que no corresponda)

ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA		
Sarampión	SI	NO
Paperas	SI	NO
Poliomelitis	SI	NO
Tos convulsa	SI	NO
Varicela	SI	NO
Escarlatina	SI	NO
Rubeola	SI	NO
Epilepsia	SI	NO
Sinusitis	SI	NO
Hepatitis	SI	NO
Falso crup	SI	NO
Cardiopatías	SI	NO
Meningitis	SI	NO
Problemas Neurológicos	SI	NO
Problemas de Coagulación	SI	NO

ENFERMEDADES QUE PADECE O ES PROPENSO		
Asma	SI	NO
Bronquitis	SI	NO
Afecciones del oído	SI	NO
Afecciones de la nariz	SI	NO
Afecciones de los ojos	SI	NO
Resfríos	SI	NO
Enuresis	SI	NO
Sonambulismo	SI	NO
Epilepsia	SI	NO
Desmayos	SI	NO
Constipación	SI	NO
Falso cruz	SI	NO
Diabetes	SI	NO
Celíaco	SI	NO
Otras		

VACUNAS O SUEROS RECIBIDOS		
Antitetánica	SI	NO
Antidifteria	SI	NO
Antituberculosa	SI	NO
Antiofídica	SI	NO
Antisarampionosa	SI	NO
Doble	SI	NO
Triple	SI	NO
BCG	SI	NO

INTERVENCIONES QUIRURGICAS		
Apendicitis	SI	NO
Amigdalitis	SI	NO
Hernia	SI	NO
Otras		

MEDICACION		
¿Está tomando medicinas?	SI	NO
¿Cuál?		
¿Sigue algún tratamiento?	SI	NO
¿Cuál?		

ALERGIAS		
¿Es alérgico a comidas?	SI	NO
¿Cuáles?		
¿Es alérgico a medicinas?	SI	NO
¿Cuáles?		
¿Es alérgico a las picaduras?	SI	NO
¿Cuáles?		

GRUPO SANGUINEO (Grupo y factor)……

Informar disponibilidad horaria del alumno los sábados y domingos para partidos amistosos:
SABADO: …… DOMINGO: ……

El pago para alumnos será a través de la cuota escolar.
Marzo a Diciembre incluido se abona el mes completo.

En caso de emergencia autorizo a mi hijo/a……
a ser atendido/a y de ser necesario trasladarlo/a por el servicio de emergencia médica.

Firma madre / padre / tutor:……Aclaración:……

D.N.I.:……