

APTO MEDICO

COLONIA DE VACACIONES

YERBA BUENA 2023-2023



NOMBRE Y APELLIDO:.....

DNI N°:..... FECHA DE NAC:.....

NOMBRE Y NUMERO de CONTACTO DE
EMERGENCIA:.....

OBRA SOCIAL..... PESO..... EDAD.....

GRUPO SANGUINEO:.....

FECHA ULTIMO CONTROL MEDICO:.....

¿SOS ALERGICO A ALGUN REMEDIO?.....

¿TENES ALGUNA LESIÒN?.....

¿TENES ALGUNA INTERVENSIÒN
QUIRURGICA?.....

¿TOMAS ALGUN MEDICAMENTO DE FORMA
HABITUAL?.....

¿PADECES ALGUNA ENFERMEDAD
CARDIACA?.....

¿PADECES ALGUNA ENFERMEDAD
CRONICA?.....

¿ALGUNA PRESCRIPCIÒN MEDICA?.....

OBSERVACIONES:.....
.....

FIRMA DE MAMÀ/PAPÀ/TUTOR

FIRMA/SELLO
PROFESIONAL MEDICO