

**DEPARTAMENTO DE ALUMNOS**

FICHA MÉDICA

Apellido y Nombres: .....

D.N.I. N°: ..... Edad: .....

Teléfono: ..... Teléfono Emergencia: .....

Obra Social: ..... Cód.: ..... Tel.: .....

Grupo Sanguíneo: .....

Tiene alguna afección?: SI / NO Cuáles?: .....

Está realizando algún tratamiento?: SI / NO Es alérgico?: SI / NO A qué?: .....

Está tomando medicamentos?: SI / NO Cuáles?: .....

En caso de tener que ser internado, indique dónde: .....

Médico de cabecera: ..... Tel.: .....

Lugar y fecha ..... / ..... / .....

Firma y sello médico