

Ficha Médica

Nombre y apellido del niño

Fecha de nacimiento

Obra social

DNI

Afiliado N°

Teléfono Obra Social

Vacunas: completas al día de la fecha?

adjuntar fotocopias

Antecedentes importantes para conocer

Cirugía:

Es alérgico/a:

Enfermedades que padeció:

Reflujo

Otros antecedentes:

Apto para ingresar al jardín maternal o infantiles?

SI

NO

Dejo constancia de haber examinado a _____ quien se encuentra en buenas condiciones físicas y de salud para poder realizar actividades físicas acordes a su edad y desarrollo.

Firma del Profesional

Sello aclaratorio y N° de matrícula

fecha