|  |
| --- |
| **Datos personales:** |

Nombre y Apellido:

D.N.I.:

Fecha de Nacimiento: / /

Edad:

Domicilio:

|  |
| --- |
| **En caso de urgencia avisar a :** |

Nombre y Apellido: Relación/parentesco: Domicilio:

Teléfonos fijo y móvil:

Nombre y Apellido: Relación/parentesco: Domicilio:

Teléfonos fijo y móvil:

|  |
| --- |
| **Alimentación** |

¿Tiene algún a restricción sobre los alimentos que puede ingerir? Por favor consigne información que considere importante:

|  |
| --- |
| **Medicamentos:** |

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? SI – NO

¿Por qué enfermedad lo toma?

|  |
| --- |
| **Ficha de control médico** |

Obra social: Nro. de afiliado:

Grupo Sanguíneo:

¿Padece o padeció algunas de éstas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Patologías / Antecedentes*** | ***¿Si?*** | ***¿No?*** | ***¿Tiene Alguna restricción?*** |
| 1. Hipertensión Arterial |  |  |  |
| 2. Diabetes |  |  |  |
| 3. Afecciones alérgicas |  |  |  |
| 4. Afecciones respiratorias |  |  |  |
| 5. Afecciones cardiovasculares |  |  |  |
| 6. Afecciones osteomioarticulares |  |  |  |
| 7. Fobias o miedo |  |  |  |
| 8. Otras |  |  |  |

Firma y aclaración del Padre / Madre / Tutor Legal: