



Club Atlético San Lorenzo de Almagro

Sede: Av. La Plata 1782 – C.A.B.A

Tel: 4016-2600

FICHA MÉDICA 2016

SOCIO N° _____

Apellido y Nombre:

D.N.I. o C.I.:

Fecha de nacimiento: Peso: Talla:

Grupo sanguíneo y factor: Presión:

Cobertura Médica: SI NO ¿Cuál?

1-Antecedentes médicos

CONVULSIVOS:	SI	NO	Tipo y Medicación:
DIABETES:	SI	NO	Tipo y Medicación:
ALÉRGICOS:	SI	NO	¿A qué?:
ASMA:	SI	NO	Medicación:
HIPERTENSIÓN:	SI	NO	Tipo y Medicación:
QUIRÚRGICOS:	SI	NO	¿Cuál?:
OTROS:	SI	NO	¿Cuál?:

2-Tratamientos

Recibe tratamiento médico:	SI	NO	ESPECIFIQUE:
Utiliza algún tipo de medicación:	SI	NO	ESPECIFIQUE:
Presenta alguna limitación física:	SI	NO	ACLARACIÓN:
Otros datos que informa:				

3-Autorización médica

Autorizo al Señor/a a realizar

.....
Firma y sello médico

4-Si usted o su hijo tiene algún problema de salud:

RECURRIR A: Hospital/Institución Domicilio

AVISAR AL FAMILIAR: Apellido y Nombre:

Domicilio: Tel:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente, tiene carácter de declaración jurada.
El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

FECHA:

FIRMA/ACLARACIÓN: