Ficha de Salud:

Grupo Sanguíneo:……..Factor (RH):…….

Obra Social:……Nº de Afiliado:…….

Alergias: (Responder **en cada caso** **si o no**)

Polvo, Polen:..... Antibióticos:…….. Medicamentos:…….. (…….)

Picadura de insectos:..... Plumas:……. Comidas:..... (…….)

Otras:……

Enfermedades/ Trastornos: (Responder **en cada caso** **si o no**)

Enf. Congénitas:……(…….)

Hepatitis:…….. Asma:…….. Soplo al corazón:…….. Varicela:…… Traumatismos:……

Otros:……

Calendario de vacunas completo: **Si…….** **No……**

Presentó Examen Cardiológico: **Si…….** **No……...**

San Juan,……de……de……

Firma de Padre, Madre o Tutor

Documentación completa: **Si……** **No……..**

Firma y aclaración de quien recibe la documentación:……..