



## FICHA MEDICA RUGBY SAN ALBANO

### 1) DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre : \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Doc. Ident.: Tipo: \_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Estudios que cursa: \_\_\_\_\_ Colegio: \_\_\_\_\_

### 2) ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE: Nombre: \_\_\_\_\_ Vive: SI NO  
Practica Deportes: SI NO Cual? \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
MADRE: Nombre: \_\_\_\_\_ Vive: SI NO  
Practica Deportes: SI NO Cual? \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### 3) ANTECEDENTES DE SALUD

- a) Es alérgico a algún medicamento? SI NO Cual? \_\_\_\_\_  
b) Ha recibido el plan de vacunación completo?  
(Triple, Sabin, BCG, MMR) SI NO Cuando? \_\_\_\_\_  
c) En qué fecha le realizaron su último examen medico y por que motivo?  
\_\_\_\_\_  
d) Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Cuando? \_\_\_\_\_  
e) Ha tenido convulsiones? SI NO Causas: \_\_\_\_\_  
f) Ha tenido inestabilidad o perdida de la conciencia sin causa aparente? SI NO  
g) Usa habitualmente anteojos o lentes de contacto? SI NO  
h) Ha sido internado alguna vez? SI NO Porque? \_\_\_\_\_  
i) Ha padecido alguna enfermedad respiratoria de importancia? SI NO  
j) Ha consultado al cardiólogo por alguna razón, alguna vez: SI NO  
k) Toma algún medicamento? SI NO Indique cual/es \_\_\_\_\_  
l) Indique lesiones óseas anteriores o actuales : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4) DATOS ASISTENCIALES:

OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ -N° DE AFILIADO: \_\_\_\_\_  
GRUPO SANQUINEO: \_\_\_\_\_ EN CASO DE EMERGENCIA  
AVISAR A : \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_

5) OTRAS OBSERVACIONES (vuelque aquí todo comentario que pueda a su criterio, resultar de interés: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6)AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

En mi calidad de \_\_\_\_\_ AUTORIZO al club de la Asociación de Ex-alumnos del Colegio San Albano que en caso de urgencia medica tome la decisión que entienda corresponda respecto del tratamiento y derivación de mi hijo por eventuales lesiones que éste sufra durante la práctica del rugby. Asimismo, declaro bajo juramento que los datos arriba consignados son completos y verdaderos, haciéndome responsable de cualquier falsedad u omisión.

Burzaco, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO: