

**Datos personales:** Apellido: \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Vacunas:** Antitetánica: SI  NO  Fecha: / /  
Hepatitis A y B: (opcional) SI  NO  Fecha: / /

**Grupo Sanguíneo:**  
Grupo: \_\_\_\_\_  
Factor RH: \_\_\_\_\_

**Plan de Salud:** Obra social o medicina prepaga: \_\_\_\_\_  
N° de afiliado: \_\_\_\_\_

**Enfermedades, Alergias y Tratamientos:**

❖ A. ¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente? SI NO

B. ¿Por qué enfermedad? \_\_\_\_\_

❖ A. ¿Toma actualmente algún medicamento? SI NO

B. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

C. ¿Qué dosis y frecuencia diaria? \_\_\_\_\_

❖ A. ¿Tuvo algún accidente, cirugía, internación o procedimiento médico en el último año? SI NO

B. ¿Por qué motivo? (diagnóstico) \_\_\_\_\_  
SI  NO

❖ esta apto para realizar actividad deportiva (fútbol) acorde a su edad. SI NO

❖ Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....de.....de 2008

**Nota: Los abajo firmantes nos responsabilizamos de la veracidad de los datos de esta ficha, la cual es una declaración jurada, nos comprometemos a notificar cualquier modificación que ocurra.**

**La Asociación NO se hace responsable de los datos que no se notifiquen por escrito en esta ficha.**

**- Teléfono particular o de fácil ubicación: \_\_\_\_\_**

-----  
Firma del socio

-----  
Aclaración

-----  
Tipo y N° de documento

-----  
Firma del médico

-----  
Aclaración

-----  
Sello y N° de matrícula