



# Instituto Wong Fei Hung Kung Fu

Nodo Central: Int. Campos 2069 - 1er. Piso - San Martín - Buenos Aires - Argentina

## Ficha Asociativa

Fecha

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ficha Nro.

Apellido

Nombre

DNI

Domicilio

Ciudad

Localidad

Provincia

Fecha Nacimiento

Sexo

M

F

Edad

Teléfono

Teléfono Alternativo

Email

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS (Declaración Jurada)

	Si	No		Si	No
Enfermedades Congénitas			Ha sufrido Fracturas / Esguinces		
Enfermedades Articulares y/o de Huesos			Dolores de Cabeza / Mareos frecuentes		
Es Alérgico			Pérdida del Conocimiento		
Enfermedades Digestivas			Diabetes		
Enfermedades Renales			Hipertensión Arterial		
Enfermedades Genitales			Intervenciones Quirúrgicas		
Enfermedades Neurológicas			Posee Clavos y/o Prótesis		
Enfermedades Psiquiátricas			Infecciones Urinarias		
Patologías Cardíacas			Asma		
Patologías Sanguíneas			Patologías Respiratorias		
Patologías Glandulares			Sinusitis / Otitis / Anginas Frecuentes		

**Si contesto afirmativamente algunas de las opciones, por favor indique detalles a continuación**

¿Toma algún medicamento?	Si	No	¿Cuál?		
Vacunación Completa	Si	No	Talla	Peso	Gr. Sanguíneo

### Informe Bucodental

### Informe Cardiológico

**Entregar el siguiente formulario firmado a su instructor con una foto 4 x 4.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Alumno, Padre, Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Médico a Cargo