



## FICHA MÉDICA

La información completada en esta ficha es de carácter confidencial, para uso privado de la institución.

### Datos Filiatorios

Apellido: ..... Nombre: .....  
DNI: ..... Fecha de nacimiento: .....  
Domicilio: ..... Localidad: .....  
Tel Celular: ..... Tel Fijo: .....  
Carrera: ..... Año: ..... Comisión: .....

**En caso de emergencia contactar a las siguientes personas:** *(Completar obligatoriamente)*

Nombre: ..... Teléfono: .....  
Nombre: ..... Teléfono: .....  
Nombre: ..... Teléfono: .....

Grupo Sanguíneo: .....

Obra Social: .....

**En caso de emergencia, solicitar traslado al siguiente hospital:** .....

### Historia Clínica

**Enfermedades padecidas hasta la fecha:** **Enfermedades que padece o a las que es propenso:**

*(Redondee la respuesta correcta)*

Sarampión:	SI - NO	Asma	SI - NO
Hepatitis tipo: (.....)	SI - NO	Bronquitis	SI - NO
Paperas	SI - NO	Resfrió	SI - NO
Poliomielitis	SI - NO	Afecciones del oído	SI - NO
Tos Convulsa	SI - NO	Afecciones de la nariz	SI - NO
Varicela	SI - NO	Afecciones de los ojos	SI - NO
Escarlatina	SI - NO	Convulsiones	SI - NO
Sta. Eruptiva	SI - NO	Sonambulismo	SI - NO
Rubeola	SI - NO	Desmayos	SI - NO
Epilepsia	SI - NO	Constipación	SI - NO
Sinusitis	SI - NO	Otras: .....	
Diabetes	SI - NO	Otras: .....	

### Vacunas recibidas:

Antitetánica SI - NO

### Intervenciones quirúrgicas:

Apendicitis SI - NO  
Amigdalitis SI - NO  
Hernia SI - NO  
Otras: .....

### Es alérgico a:

Comidas: SI - NO Picaduras de insectos SI - NO  
*cuales: .....*  
Medicamentos: SI - NO Polvo, polen SI - NO  
*cuales: .....* Plumas SI - NO  
Antibióticos: SI - NO  
*cuales: .....*

### Antecedentes traumatológicos

Esguinces SI - NO  
Fractura SI - NO  
Otras: .....

Otros: .....

**¿Esta tomando algún medicamento? ¿Cuál? (nombre de la droga genérica y componentes %)**

**¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál?** SI - NO .....

**¿Fuma?** SI - NO Cantidad por día: .....

**¿Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol?** SI - NO

**¿Sigue algún régimen especial alimenticio (medico)? ¿Cuál?** SI - NO .....

Según mi leal consentimiento, declaro verídicos todos los datos  
que proporcione en el presente cuestionario

...../...../.....  
Fecha

.....  
Firma y aclaración (Nombre completo y DNI)