



FICHA MEDICA

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:	
Otras:			

Vacunas recibidas:

Antitetánica SI - NO
Antidiftérica SI - NO
Antivariólica SI - NO
Antipoliomelítica SI - NO
Antituberculosa SI - NO
Antiofídica SI - NO
Antitífica SI - NO

Intervenciones quirúrgicas:

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

Es alérgico a:

Comidas: SI - NO
cuales:
Medicamento SI - NO
cuales:
Antibióticos: SI - NO
cuales:

Picaduras de insectos SI - NO
cuales:
Polvo, polen SI - NO
Plumas SI - NO

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 aclaracion (Nombre completo y DNI)