

FICHA MÉDICA



Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Domicilio: _____

Localidad: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Grupo y factor sanguíneo: _____

Obra social: Si No (En caso de SI ¿cuál?) _____

Socio N°: _____ Tel: _____

En caso de urgencia contactar a: _____ Tel: _____

En el caso de poseer obra social, adjuntar fotocopia del carnet

Vacunas (adjuntar fotocopias de certificado de vacunación)

Enfermedades que padece o padeció: [marque con una X]

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas | <input type="checkbox"/> Enfermedades Neurológicas |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Articulares | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza – Mareos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los huesos | <input type="checkbox"/> Convulsiones – Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades musculares | <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Deshidratación |
| <input type="checkbox"/> Artritis-Artrosis | <input type="checkbox"/> Enfermedades psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades articulares | <input type="checkbox"/> Soplos cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis/Otitis/Anginas | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Neumonía – Bronconeumonía | <input type="checkbox"/> Enfermedades de ganglios |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la vista |
| <input type="checkbox"/> Rubeola | <input type="checkbox"/> Enfermedades auditivas |
| <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel |
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades digestivas | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis – Enf. del Hígado | <input type="checkbox"/> Hipotensión |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Renales | <input type="checkbox"/> Consume Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias | <input type="checkbox"/> Consume Tabaco |

Antecedentes de interés

-Operaciones:

-Traumatismos/fracturas (en los últimos 60 días):

-¿Es alérgico? ¿A qué?

-¿Toma alguna medicación diariamente? ¿Para qué?

¿Cuál?

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Si es mayor de 18 años:

_____	_____	_____
Firma	Aclaración	DNI

Si es menor de 18 años:

_____	_____	_____
Firma Padre/Madre/Tutor	Aclaración	DNI

Buenos Aires, _____ de _____ de 2015