

## 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 2019