

Ficha Médica

FECHA: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ DNI: _____

DOMICILIO: _____

TEL/CEL: _____

OBRA SOCIAL PREPAGA / SERVICIO MÉDICO: _____ SOCIO: _____

GRUPO SANGUÍNEO: ____ . FACTOR RH: ____ .

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:

NOMBRE: _____

¿RELACIÓN QUE TIENE CON USTED?: _____

Tel. Particular: _____ Celular: _____

COMPLETAR POR EL PROFESIONAL

- Por favor indique con una **X** la columna que corresponda.
- Si la respuesta es **SÍ**, describa con detalle en una hoja separada y adjúntela a esta ficha médica.

CONDICIONES	SI	NO
¿Padece o alguna vez padeció alguna de las siguientes condiciones?:		
ALERGIAS ¹ subraye alergias a <i>MEDICAMENTOS</i> por Ej.: PENICILINA, IODO, DROGAS SULFA, OTROS, indicar cuáles:..... <i>ALIMENTOS</i> , indicar cuáles:.....		
DIABETES		
AFECCIONES AL CORAZÓN		
EPILEPSIA O CONVULSIONES		

ASMA		
ÚLCERAS		
HIPERTENSIÓN		
PROBLEMAS DE COLUMNA		
LUXACIONES (indicar articulación)		
HEPATITIS		
VARICELA		
SARAMPIÓN		
RUBEOLA		
DENGUE		
TOXOPLASMOSIS		
MAL DE CHAGAS		
¿POSEE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS?: ¿Cuál?:.....		
¿RECIBE ALGUNA MEDICACIÓN?: ¿Cuál?:.....		
¿SE ENCUENTRA ANTE CUIDADO MÉDICO? ¿Cuáles?:.....		
¿TUVO ALGUNA ENFERMEDAD U CIRUGÍA QUIRÚRGICA ALGUNA VEZ? ¿Cuál?		
¿ALGUNA OTRA CONDICIÓN QUE PUEDA PERJUDICAR SU SALUD? ¿Cuál?:.....		
¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? (enumere los medicamentos, dosis y efectos secundarios de los mismos):		

.....		
.....		

¹ Cualquier alumno que padezca alergias y/o tome medicación deberá traerla con dosis extra y saber administrarse a sí mismo.

Firma y sello del Profesional