

FICHA MÉDICA Y CERTIFICADO DE SALUD - 2024

Nombre y apellido: _____ Curso: _____

DNI Nº: _____ Legajo Nº: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre y apellido: _____ Teléfono: _____

Nombre y apellido: _____ Teléfono: _____

¿Está afiliado a algún seguro médico u obra social?

¿Cuál? _____ Nº carnet: _____ Tel.: _____

PARA EL MÉDICO:

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.
Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia.
Apreciamos su minuciosidad al completar esta hoja.

DATOS BÁSICOS Y FUNDAMENTALES:

Grupo sanguíneo

Observaciones: _____

¿Durante los últimos tres años fue internado alguna vez?

SÍ

NO

¿Por qué? _____

Ha padecido o padece:

Asma bronquial: _____ Úlcera gastroduodenal: _____

Fiebre reumática: _____ Diabetes: _____

Enfermedades cardíacas: _____ Convulsiones: _____

Tuberculosis: _____ Vértigos, mareos, desmayos: _____

Dolor de cabeza severo: _____ Problemas emocionales: _____

Hernias: _____ Hiper o hipotensión arterial: _____

Otra enfermedad seria: _____

Apendicectomía: _____ Traumatismos cráneo: _____

Transfusiones: _____ Traumatismos columna: _____

Fracturas: _____

Otro accidente importante: _____

Otra operación importante: _____

Por cada sí explique y dé fechas: _____

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?:

Ojos, nariz o garganta: _____ Tórax, pulmones, corazón: _____

Cabeza, cuello: _____ Abdomen, estómago, intestinos: _____

Sistema génito-urinario: _____ Músculos, huesos: _____

Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: _____ Piel: _____

Si su contestación es afirmativa, explique: _____

Tiene reacción alérgica a:

Suero: _____ Alguna droga: _____

Alimento: _____ Otros: _____

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: _____

¿Recibe tratamiento permanente?

SÍ

NO

Adjuntar certificado cardiológico anual y audiometría

Vacunas - Indique fechas:

BCG _____ Triple Viral _____

Sabín _____ Triple Bacteriana _____

Neumococo _____ Quíntuple _____ Séxtuple _____

Hepatitis A _____ Hepatitis B _____

¿Toma alguna medicación en forma regular?

¿Cuál? _____ ¿En qué dosis? _____

OBSERVACIONES: _____

CERTIFICADO DE SALUD

En mi carácter de médico certifico que el titular de la presente ficha médica, se encuentra en condiciones de plena aptitud psicofísica para el normal desarrollo de la totalidad de las actividades propias e inherentes del nivel, manifestando que los datos consignados en el presente documento son correctos.

Firma y sello del médico: _____

Aclaración de la firma: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Teléfono: _____