

FICHA MÉDICA Y CERTIFICADO DE SALUD

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, goza de un estado de salud tal que le permite su normal desempeño como alumno. Asimismo, certifico que no padece enfermedades infectocontagiosas ni trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afecten tales actividades, y que los datos consignados en este documento son correctos.

Firma y sello del médico:

Aclaración de la firma:

Fecha:

Dirección:

Localidad:

Teléfono: