

FICHA MÉDICA DE SALUD

| | | |
|--------------------|------------------------|-----------|
| APELLIDO Y NOMBRES | TIPO Y Nº DE DOCUMENTO | LEGAJO Nº |
|--------------------|------------------------|-----------|

| | | |
|-------|--------|--------|
| CALLE | NÚMERO | BARRIO |
|-------|--------|--------|

| | | |
|-----------|-----------|--------------------|
| LOCALIDAD | PROVINCIA | TELÉFONO (CELULAR) |
|-----------|-----------|--------------------|

| | |
|---|---------------------|
| LUGAR DE NACIMIENTO (LOCALIDAD Y PROVINCIA) | FECHA DE NACIMIENTO |
|---|---------------------|

| | |
|---------|----------------------|
| CARRERA | CURSO/DIVISIÓN/TURNO |
|---------|----------------------|

| | |
|--------------------------------|----------------|
| OBRA SOCIAL A LA QUE PERTENECE | Nº DE AFILIADO |
|--------------------------------|----------------|

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

| | |
|--------------------|------------|
| APELLIDO Y NOMBRES | PARENTESCO |
|--------------------|------------|

| | | |
|-------|--------|--------|
| CALLE | NÚMERO | BARRIO |
|-------|--------|--------|

| | | |
|-----------|-----------|--------------------|
| LOCALIDAD | PROVINCIA | TELÉFONO (CELULAR) |
|-----------|-----------|--------------------|

Antecedentes

1. Vacunación

| Nombre | Si | No | Ignora |
|-----------------------|----|----|--------|
| BCG | | | |
| Doble | | | |
| Triple | | | |
| Sabin | | | |
| | | | |
| Refuerzo antitetánica | | | |
| Fecha aproximada | | | |
| | | | |

3. Alergias

| | Tipo o grado |
|--------------|--------------|
| Comidas | |
| Medicamentos | |
| Antibióticos | |
| Penicilina | |
| Insectos | |
| Otros: | |
| | |

2. Antecedentes Patológicos

| Nombre | Tuvo | Tiene | Fecha aprox. |
|-----------------------|------|-------|--------------|
| Asma | | | |
| Desmayo | | | |
| Convulsiones | | | |
| Epilepsia | | | |
| Sinusitis | | | |
| Hepatitis | | | |
| Bronquitis | | | |
| Laringitis | | | |
| Afecciones Cardíacas | | | |
| Afecciones de oído | | | |
| Problemas óseos | | | |
| Problemas articulares | | | |
| Hemorragias | | | |
| Dolores de Cabeza | | | |
| | | | |

Firma/s

| 4. Intervenciones quirúrgicas | | |
|-------------------------------|-------|---------------|
| Nombre | Fecha | Observaciones |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 5. Durante la actividad física sufrió/e: | | |
|--|----|----|
| | Sí | No |
| Cansancio extremo | | |
| Falta de aire | | |
| Pérdida de conocimiento | | |
| Palpitaciones | | |
| Procordalgias | | |
| Cefaleas | | |
| Vómitos | | |

| 6. Medicamentos no prescritos ¹ | | |
|--|----|----|
| Tipo | Si | No |
| Estimulantes | | |
| Anabólicos | | |
| Esteroides | | |

| 7. Medicamentos prescritos ¹ | |
|---|---------------|
| Nombre | Observaciones |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| 8. | |
|-----------------|--|
| Grupo Sanguíneo | |
| Factor RH | |

9. Otras enfermedades de salud que considere de importancia mencionar¹:

| Nombre | Tuvo | Tiene | Fecha aprox. |
|--------|------|-------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

10. Estudios con los que debe concurrir a la revisión médica:

¹ En caso de padecer alguna enfermedad puntual o crónica, o tomar alguna medicación permanente, deberá presentar un informe con detalles del caso.

INFORME MÉDICO

| | | |
|----------------------|--------|----|
| Examen Físico | | |
| | Peso: | kg |
| | Talla: | cm |

| | | | |
|--------------------------|---------------|----|----|
| Examen Bucodental | | SI | NO |
| | Faltan piezas | | |
| | Caries | | |

| Examen Oftalmológico | | |
|-----------------------------|-------|------|
| Agudeza Visual | Der.: | Izq: |
| Usa anteojos | SI | NO |
| Otros: | | |

| |
|--------------------------------|
| Examen Piel y T.C.S.C.: |
| |

| | |
|----------------------------|--|
| Examen Cabeza y Cuello | |
| Auscultación | |
| Frecuencia cardíaca | |
| Tensión arterial | |
| Examen Respiratorio: | |
| Examen abdomen: | |
| Examen Genitourinario: | |
| Examen Osteocartilaginoso: | |
| Examen Neurológico: | |

Firma y sello del médico

| | | | |
|------------------------------|---------------|---------------------|---------------|
| Examen Cardiovascular | Reposo | 2º Ejercicio | Recup. |
| | | | |

| | | | | |
|----------------------------|---------------|-------------|--------------|-------------|
| Columna Vertebral | Normal | Cit. | Lord. | Esc. |
| Miembros superiores | | | | |
| Miembros inferiores | | | | |

Si se indican exámenes complementarios, especificar e informar al final el resultado de los estudios

| Impresión Diagnóstica Clínica | | |
|---|-------------|-------------|
| Normal | Derivado a: | Debe volver |
| Observaciones (si recomiendan otros exámenes complementarios, otros tratamientos particulares o cuidado especial) | | |

CONSTE que atendí a Documento de Identidad nº de años de edad y que se encuentra clínicamente en buen estado de salud al día de la fecha, pudiendo participar de las actividades programadas por la Institución

Firma del médico:

Sello:

Lugar y fecha:

NOTIFICADO:

Firma²: _____
Aclaración: _____
D.N.I.: _____

Firma: _____
Aclaración: _____
D.N.I.: _____

² En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.

Lugar y fecha:

Informe Psicológico:

Indicando el apto psi. para cursar estudios superiores

DECLARO BAJO JURAMENTO que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.

ME COMPROMETO además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata. Asimismo dejo expresa constancia que AUTORIZO a la Dirección del Instituto (o a quién ésta designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma³: _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

Lugar y fecha:

³ En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.