

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:

- a. Informe de laboratorio de análisis clínicos: citológico completo (Eritrosedimentación, Uremia, Glucemia, Orina Completa, Machado Guerrero, VDRL, fórmula leucocitaria, Wasserman). Dicho laboratorio debe estar completo y no puede presentará más de 60 días de realizado al momento de la revisión médica.
- b. Radiografías con informe e identificación plomada o computarizada (Rx Tórax, Columna Lumbosacra (frente y perfil), Columna Cervical (frente y perfil).
- c. Informe oftalmológico y ORL: Audiometrías o estudios de ojos.
- d. Informe Psicológico
- e. Informe odontológico

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.