

FICHA MÉDICA

Hoja 1 de 2

DATOS PERSONALES			
Apellido, Nombre:		Fecha de Nacimiento: / /	
Tipo y N° de Doc.:	Nacionalidad:	E-mail:	
Dirección:		C.P.:	Ciudad:
Provincia:	País:	Ocupación:	
Teléfono:	Tel. Trabajo:	Cel:	
Grupo y Factor Sanguíneo:	Altura: m.	Peso: Kg	Tensión Arterial Normal: / mmHG
CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre y Apellido:		Relación:	
Teléfono:	Tel. Trabajo:	Cel:	
Nombre y Apellido:		Relación:	
Teléfono:	Tel. Trabajo:	Cel:	
OBRA SOCIAL / SEGURO MÉDICO			
Obra Social:	N° Socio:	Plan:	
Nombre en la Credencial:		Titular:	
Médico/a de cabecera:		Teléfono:	

¿TIENE O ALGUNA VEZ TUVO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES LESIONES, ENFERMEDADES O PATOLOGÍAS? Marcar con una cruz (X) en la columna apropiada. Si la respuesta es "SI", por favor describir en la parte de atrás ("NOTAS") de esta ficha: cuándo se presentó, cómo se trató, indicaciones médicas p/tratarlo.	SI	NO
Reacciones alérgicas a picaduras (<i>explicitar cómo se presenta o manifiesta</i>)		
Reacciones alérgicas a medicamentos (<i>explicitar cómo se presenta o manifiesta</i>)		
Reacciones alérgicas a comidas (<i>explicitar cómo se presenta o manifiesta</i>)		
Reacciones alérgicas al medioambiente (sol, cambio de clima, etc.) (<i>explicitar cómo se presenta</i>)		
Otras reacciones alérgicas (<i>explicitar cómo se presenta o manifiesta</i>)		
Asma		
Bronco espasmo		
Edema pulmonar		
Neumotórax		
Otros Problemas y/o Enfermedades del Sistema respiratorio		
Arritmia		
Soplo (<i>Describir tipo de soplo</i>)		
Hipertensión (Tensión Arterial Alta) (Indicar Tensión Arterial Normal)		
Otros Problemas y/o Enfermedades Cardiovasculares		
Edema cerebral		
Accidente Cerebro Vascular		
Lesión en la cabeza (Traumatismo encéfalo-craneano)		
Convulsiones Febriles (por fiebre)		
Otros Síndromes Convulsivos-Epilepsia		
Otros Problemas y/o Enfermedades del Sistema Nervioso		
Ataques de pánico		
Trastornos del desarrollo		
Trastornos de la alimentación		
Otros problemas de la conducta y/o antecedentes psiquiátricos		
Gastritis		
Úlceras		
Colon irritable		
Constipación		
Otros Problemas y/o Enfermedades Gastrointestinales o renales		
Problemas de coagulación		
Antecedentes de Hemorragias (sangrado de nariz)		
Otros Problemas y/o Enfermedades de la sangre		
Hepatitis (A, B o C)		
Varicela		
Rubeola		
Sarampión		
Inmunodepresión (bajas defensas)		
Otros Problemas y/o Enfermedades asociadas al sistema inmunológico		
Antecedentes traumatológicos: esguinces, luxaciones, fisuras o fracturas (<i>detallar fecha y lesión</i>)		
Lesiones en la Columna vertebral (<i>detallar fecha y lesión</i>)		
Otras lesiones en extremidades, articulaciones, tórax, abdomen y pélvis (<i>detallar fecha y lesión</i>)		
Enfermedades de la piel		
Diabetes (<i>Indicar tipo y tratamiento médico. ¿Utiliza hemoglucotest? ¿Tiene auto inyector de insulina?</i>)		
Intervenciones quirúrgicas (<i>Indicar, en cada intervención, por qué y cuándo fue intervenido</i>)		
Otras lesiones, enfermedades o problemas que no estén descriptas arriba. (<i>Indicar y detallar</i>)		

NOTAS Y ACLARACIONES
de las afecciones/enfermedades marcadas en la ficha de la página anterior

PREGUNTAS DE INTERÉS

Marcar con una cruz (X) en la columna apropiada. Si la respuesta es "SI", por favor describir en la parte inferior ("NOTAS") de esta ficha.

	SI	NO
--	----	----

¿Está bajo tratamiento médico? (¿Por qué? ¿Qué tratamiento tiene indicado? ¿Cuándo?)		
¿Toma algún medicamento? (¿qué? ¿Cuánto? ¿Cada cuánto tiempo? ¿en qué situación?)		
¿Estuvo bajo tratamiento médico en el último año? (¿Por qué? ¿Cuándo? Tratamiento indicado)		
¿Fuma? (¿cuántos cigarrillos por día?)		
¿Está embarazada? (¿Tiempo de embarazo? Indicar la fecha del último control médico)		
¿Utiliza Lentes y/o Lentes de Contacto? (Indicar cuál de los dos)		
¿Utiliza aparatos de ortodoncia? (Indicar si son fijos o extraíbles y cuándo los debe usar)		
¿Hay alguna comida que no pueda comer? (¿Por qué? ¿Qué cosas?)		
¿Hay algún tipo de actividad física que no pueda realizar? (¿Por qué? ¿Qué cosas?)		
¿Tiene contraindicado exponerse al Sol (Rayos UV)?		
¿Tiene contraindicado sumergirse en el agua? (¿Por qué?)		
¿Posee alguna otra condición que pudiera afectar su salud?		
¿Sabe nadar?		
¿Tiene la vacunación completa?		
Fecha de la última Vacunación ANTITETÁNICA:		

NOTAS y ACLARACIONES de esta sección.

DECLARACIÓN JURADA

Mediante la firma de este documento declaro que todo lo expuesto en esta ficha es correcto y verdadero, y no he retenido ninguna información que se me requiere en la presente ficha. Asimismo, me comprometo a comunicar por escrito cualquier cambio de la información solicitada que ocurra luego de la firma de este documento.

Firma:..... Aclaración:.....
(Padre/madre/tutor en caso de menor de 18 años)

Tipo y N° de Documento:..... Fecha de la firma:

DECLARACIÓN JURADA

Mediante la firma de este documento declaro que todo lo expuesto en esta ficha es correcto y verdadero, y no he retenido ninguna información que se me requiere en la presente ficha. Asimismo, me comprometo a comunicar por escrito cualquier cambio de la información solicitada que ocurra luego de la firma de este documento.

Firma:..... Aclaración:.....
(Padre/madre/tutor en caso de menor de 18 años)

Tipo y N° de Documento:..... Fecha de la firma: