

FICHA MEDICA DE SALUD. 1º AÑO

Apellido y nombre/s.....
 Tipo y Nº de documento..... Legajo Nº Matrícula.....
 Calle..... Nº..... Barrio.....
 Localidad..... Provincia..... Nº de Tel./Celular.....
 Lugar de Nacimiento (Localidad y Pvcia)..... Fecha de Nac.
 Carrera..... Curso/ División/ Turno.....
 Obra Social..... Nº de Afiliado.....

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Apellido y nombre/s.....Parentesco
 Calle..... Nº..... Barrio.....
 Localidad..... Provincia..... Nº de Tel./Celular.....

ANTECEDENTES

1. Vacunaciones

	SI	NO	IGNORA
B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ref. Antitetánica (consignar fecha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Covid (Ambas dosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Antecedentes Patológicos

	TUVO	TIENE	FECHA APROX.
- Asma			
- Desmayo			
- Convulsiones			
- Epilepsia			
- Sinusitis			
- Hepatitis			
- Bronquitis			
- Laringitis			
- Afecciones Cardíacas			
- Afecciones de oídos			
- Problemas óseos			
- Problemas articulares			
- Hemorragias			
- Dolores de cabeza			

3. Alergias

Tipo o grado

- Comidas	
- Medicamentos	
- Antibióticos	
- Insectos	
- Otros:	

4. Intervenciones Quirúrgicas

Nombre	Fecha	Obs

5. Durante la actividad física sufrió/e:

SI NO

- Cansancio extremo		
- Falta de aire		
- Pérdida de conocimiento		
- Palpitaciones		
- Precordalgias		
- Cefaléas		
- Vómitos		

6. Medicamentos no prescritos

TIPO

SI NO

- Estimulantes		
- Anabólicos		
- Esteroides		

7. Medicamentos prescritos

NOMBRES

OBSERV.

8.

- GRUPO SANGUINEO	
- FACTOR RH	

9. Otras enfermedades que considere mencionar:

NOMBRES

TUVO

TIENE

FECHA APROX.

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

EXAMEN FISICO

Peso: Talla:

Oftalmológico:

Usa anteojos SI NO
Otros

Laboratorios:

Examen psicológico:

Examen cardiológico:

COLUMNA VERTEBRAL	Normal	Cif.	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 DNI: de años de edad y que se encuentra clínicamente en 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

Firma:².....

Aclaración:

D.N.I:

Firma:

Aclaración:

D.N.I:

Lugar y fecha.....

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

A. Informe de Laboratorio de análisis clínicos:

Análisis de sangre y orina (Eritrosedimentación, Uremia, Glucemia). Dicho laboratorio debe estar completo y **NO PUEDE PRESENTAR MÁS DE 60 DIAS** de realizado al momento de la revisión médica.

B. Radiografías con informe e identificación plomada o computarizada (Rx Torax) Columna Lumbosacra (frente y perfil), Columna Cervical (frente y perfil).

C. Informe Oftalmológico y ORL: Audiometrías y estudios de ojos.

D. Informe Psicológico.

E. Electrocardiograma y Ergometría.

F. Firmar y entregar esta hoja junto a la ficha médica.

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.

Firma:¹

Firma:

Aclaración:

Aclaración:

D.N.I:

D.N.I:

Lugar y fecha.....