

### Datos Personales

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Matrícula N°: \_\_\_\_\_  
 LE / LC / DNI / CI: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Facultad: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

¿Está afiliado a alguna Obra Social o Prepaga? Sí  No   
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_ N° de Afiliado: \_\_\_\_\_ N° Tel.: \_\_\_\_\_  
 Centros de Internación más próximos \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Sr. Médico

Por favor complete los datos requeridos en esta Ficha Médica.  
 Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia.

### Ficha Médica

#### Datos básicos y fundamentales

Ha tenido o tuvo alguna vez:

	Sí	No
Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Infec. Contagiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Grupo Sanguíneo

Enfermedades Cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Cabeza Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos o Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de Memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo Excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologías Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Hematológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismo de Cráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apendicetomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, especifique fecha y evolución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recibe alguna medicación en forma regular    Sí     No

En caso afirmativo indique Diagnostico, Medicación y Dosis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Antecedentes Familiares

---

- ❖            Patologías Cardíacas             Sí             No
- ❖            Muerte Súbita                     Sí             No

## Exámenes Complementarios

---

A – Exámenes Médico-cardiológicos:

E.C.G.:

Rx Tórax:

**Laboratorio:**

Hemograma

Eritrosedimentación

Glucemia

Uremia

Orina

### Observaciones

Detalle los antecedentes médicos que considere de importancia: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Certificado de Salud**

En mi carácter de médico, certifico que:

.....  
se encuentra en condición de APTO PSICOFÍSICO.

Firma y Sello del Médico: .....

Domicilio: .....

Tel.: .....

Fecha: .....

**Mayor de 18 Años**

Firma del Alumno: .....

Aclaración: .....

DNI: .....

**Menor de 18 Años**

Firma del Padre / Madre o Tutor: .....

Aclaración: .....

DNI: .....