



Ficha Médica

Datos Filiatorios	
Apellido:	Nombre:
DNI/CI:	Fecha de nacimiento:/...../.....
Nombre del padre, tutor o encargado:	
Domicilio:	TE:
En caso de necesidad informar al Sr./a:	
Domicilio:	TE:
Obra Social:	Nº Afiliado:
Grupo Sanguíneo:	Factor:
Historia Clínica	
Enfermedades padecidas hasta la fecha.	Enfermedades que padece o a la que es propenso
Sarampión	Asma
Hepatitis (tipo)	Bronquitis
Paperas	Resfrío
Poliomielitis	Afecciones del oído
Tos convulsa	Afecciones de la nariz
Varicela	Afecciones de los ojos
Escarlatina	Convulsiones
Sta. Eruptiva	Sonambulismo
Rubéola	Desmayos
Epilepsia	Constipación
Sinusitis	HIV
Otras:	Otras:
Vacunas o sueros recibidos. (Última fecha)	
Antitetánica/...../.....
Antidiftérica/...../.....
Antivariólica/...../.....
Antipoliomielítica/...../.....
Antituberculosa/...../.....
Antiofídica/...../.....
Antitífica/...../.....
Intervenciones quirúrgicas.	
Apendicitis	
Amigdalitis	
Hernia	
Otras:	
Es alérgico a:	
Comidas	Picaduras de insectos
Medicamentos	Polvo, polen
Antibióticos	Plumas
Otros:	
Antecedentes Traumatológicos.	
Esguinces	
Fracturas	
Otros:	
¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál?	
¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál?	
¿Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol? Si / No	
¿Tiene antecedentes de problemas de altura? Si / no	
Régimen especial alimenticio (médico) ¿Cuál?:	

Según mi leal consentimiento, declaro verídicos todos los datos que proporciono en el siguiente cuestionario

Fecha:/...../.....

.....
Firma, aclaración y DNI