

### 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 <sup>1</sup>		
Tipo	Si	No
Estimulantes		
Anabólicos		
Esteroides		

7. Medicamentos prescritos <sup>1</sup>	
Nombre	Observaciones

8.	
Grupo Sanguíneo	
Factor RH	

9. Otras enfermedades de salud que considere de importancia mencionar<sup>1</sup>:

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aprox.

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

<sup>1</sup> En caso de padecer alguna enfermedad puntual o crónica, o tomar alguna medicación permanente, deberá presentar un informe con detalles del caso.

### INFORME MÉDICO

<b>Examen Físico</b>		
	Peso:	kg
	Talla:	cm

<b>Examen Bucodental</b>		SI	NO
	Faltan piezas		
	Caries		

<b>Examen Oftalmológico</b>		
Agudeza Visual	Der.:	Izq:
Usa anteojos	SI	NO
Otros:		

<b>Examen Piel y T.C.S.C.:</b>

Examen Cabeza y Cuello	
Auscultación	
Frecuencia cardíaca	
Tensión arterial	
Examen Respiratorio:	
Examen abdomen:	
Examen Genitourinario:	
Examen Osteocartilaginoso:	
Examen Neurológico:	

---

Firma y sello del médico

<b>Examen Cardiovascular</b>	<b>Reposo</b>	<b>2º Ejercicio</b>	<b>Recup.</b>

<b>Columna Vertebral</b>	<b>Normal</b>	<b>Cit.</b>	<b>Lord.</b>	<b>Esc.</b>
<b>Miembros superiores</b>				
<b>Miembros inferiores</b>				

Si se indican exámenes complementarios, especificar e informar al final el resultado de los estudios

<b>Impresión Diagnóstica Clínica</b>		
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:

Firma<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_  
Aclaración: \_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
Aclaración: \_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> 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: .....

**Informe Psicológico:**

Indicando el apto psi. para cursar estudios superiores

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.

Firma<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: .....

<sup>3</sup> En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.