

FICHA MÉDICA

A LLENAR POR PROFESIONAL MEDICO MATRICULADO – VALIDEZ POR 1 AÑO.

> DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre _____ DNI _____

Fecha de Nac. ____ / ____ / ____ Edad _____ Estado Civil _____

Domicilio _____ Localidad _____

Nacionalidad _____ Teléfono _____

Obra Social: _____ Número de Afiliado: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____

VACUNACION COMPLETA? SI NO

> Marque con una X las enfermedades padecidas una por una y con la misma lapicera que firma

Trastornos Neurológicos

Epilepsia Crisis Convulsivas Derrame Cerebral Cirugía de Cráneo Vértigo Cefalea

Otros _____

Trastornos Psiquiátricos

Crisis Nerviosas Depresión Pánico Fobias Ansiedad

Otros _____

Trastornos Visuales

Miopía Hipermetropía Glaucoma Lentes de Contacto Astigmatismo

Otros _____

Trastornos de Audición

Disminución de la Audición Zumbidos Otitis a Repetición

Otros _____

Trastornos Respiratorios

Broncoespasmos a Repetición Asma Neumonías Tos Persistente Tuberculosis

Alergias Respiratorias

Otros _____

Trastornos Cardiovasculares

Arritmias Cirugía Cardiovascular Presión Alta

Indique las cifras de presión habitual _____

Otros _____

Trastornos Digestivos

Gastritis Úlcera Gástrica/Duodenal Hepatitis Pancreatitis Diarreas Hemorroides

Enfermedad Celiaca

Otros _____

Trastornos Ginecológicos

¿Menstrua regularmente? _____ Fecha de Ultima Menstruación ____ / ____ / ____

Embarazos Si No ¿Cuántos? _____ Partos Normales _____ Cesáreas _____

Presión alta o Diabetes en el embarazo Si No

Trastornos Metabólicos

Diabetes Gota Problemas de Colesterol Obesidad Cirugía Bariátrica

Otros _____

Trastornos Endócrinos

Hipertiroidismo Hipotiroidismo Nódulos Tiroideos

Otros _____

Trastornos de la Piel

Psoriasis Vitíligo Pénfigo Alergias cutáneas al sol

Otros _____

Trastornos Reumáticos u Osteoarticulares

Fiebre Reumática Artritis Reumatoidea Lupus Eritematoso Lumbalgias Hernias de Disco

Cervicalgias Artralgias Artrosis

Otros _____

Várices en Miembros Inferiores Si No

¿Fracturas? _____ ¿Luxaciones? _____

¿Cirugías? _____

¿Esguinces? _____ ¿Quemaduras? _____

Hábitos y Costumbres

¿Fuma? Si No ¿Cuántos por día? _____

¿Bebe Alcohol? Si No ¿Qué bebidas? _____ ¿Cuánto? _____

¿Práctica Deporte? Si No ¿Cuál/es? _____

¿Consumo remedios? Si No ¿Cuál/es? _____

¿Antecedentes familiares? Si No ¿Cuáles? _____

En caso de tener una enfermedad pre-existente por favor indicar cuál es y si tiene algún tratamiento.

El/la Sr./Sra.....DNI N°.....se encuentra apto para poder coordinar grupos de viajes de egresados y hacer actividad física, habiendo tomado conocimiento de los antecedentes que acompañan el presente.

IMPORTANTE: La presente ficha médica está correctamente completada en todos los ítems requeridos para tener validez. Declaro que la información aquí consignada es veraz y exacta, que cualquier inexactitud u omisión no ocasionará inconvenientes.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE:

DNI:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:

.....DE.....DEL 202.....