

DATOS PERSONALES (a completar por el alumno)

Apellido y Nombre: _____

LE / LC / DNI: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Carrera: _____

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre: _____ Tel.: _____

Nombre: _____ Tel.: _____

¿Está afiliado a alguna Obra Social o Prepaga? SI _____ NO _____

¿Cuál? _____ N° de Afiliado: _____ N° Tel.: _____

Centros de Internación más próximos: _____

FICHA MÉDICA (a completar por un profesional Médico)

**Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia
COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS**

Grupo Sanguíneo

Datos básicos y fundamentales

Tiene o ha tenido alguna vez:	SI	NO
Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Infecto Contagiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Enfermedades Hematológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiene o ha tenido alguna vez:	SI	NO
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismo de Cráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apendicectomía	<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"/>
Ansiedad Excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologías Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fobias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, especifique fecha y evolución _____

Recibe alguna medicación en forma regular SI NO

En caso afirmativo indique Diagnostico, Medicación y Dosis _____

Antecedentes Familiares

	SI	NO
Patologías Cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte Súbita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exámenes Complementarios Obligatorios

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

Lugar y Fecha _____

En mi carácter de médico, certifico que: _____

se encuentra en condición de **APTO PSICO-FÍSICO**.

Firma y Sello del Médico _____

Teléfono del Médico _____

Aspirante

Firma del aspirante _____

Aclaración _____

Menor de 18 años

Firma del Padre / Madre o Tutor _____

Aclaración _____

La presente tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA