

Datos Particulares

Apellido y Nombre: _____
 DNI : _____ Estado Civil: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____
 En caso de ser necesario avisar a:
 Nombre: _____ Tel: _____
 Nombre: _____ Tel: _____

¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?

¿Cuál? _____ N° Carnet: _____ N° a Llamar: _____

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

Ficha Médica

Grupo Sanguíneo: _____

Tiene Ud. reacción alérgica a:

Suero: _____ Drogas: _____

Alimento: _____ Otros: _____

Si su contestación es afirmativa dé el nombre y tipo de reacción _____

Recibe medicación permanente: SI / NO. Si respondió SI, especifique:

Completar con una CRUZ si padece o no las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.			
	SÍ	NO	Si respondió SÍ, especifique
DIFICULTADES RESPIRATORIAS			
*Asma, crisis asmáticas			
*Otras:			
DIFICULTADES NEUROLÓGICAS			
*Convulsiones, epilepsia			
*Otras:			

	SÍ	NO	Si respondió SÍ, especifique
DIFICULTADES CARDIOVASCULARES			
*Soplos, arritmias, cardiopatía congénita			
*Otras:			
DIFICULTADES VISUALES, MOTORAS Y/O AUDITIVAS			
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA			
*Bulimia, anorexia			
*Otras:			
TRASTORNOS DEL SUEÑO			
*Insomnio, sonambulismo, terrores nocturnos			
*Otras:			
TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO			
*Celiaquía, alteraciones digestivas			
*Otras:			
ALERGIAS			
*Respiratorias, dermatológicas, etc			
*Otras:			
DIFICULTADES OSTEOARTICULARES			
*Desviaciones de columna, pies u otros huesos			
*Traumatismos			
*Otras:			
ENFERMEDADES METABÓLICAS			
*Diabetes, Gota, Obesidad, Bajo peso			
*Otras:			
TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ÁREA DE SALUD MENTAL			
CIRUGÍAS PREVIAS			
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud			
Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos			
Fecha: / /	FIRMA Y ACLARACIÓN:		