

**COLEGIO WARD – NIVEL SUPERIOR**

**FICHA DE SALUD**

**Asistencia médica:**

Obra social/Prepaga: \_\_\_\_\_

Socio N°: \_\_\_\_\_

Servicio de emergencia: \_\_\_\_\_

Socio N°: \_\_\_\_\_

**Historia Clínica**

Fecha del último examen médico completo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico o tomando medicamentos?

SI	NO	En caso afirmativo indique tratamiento y/o medicación: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Ha tenido alguna cirugía, enfermedad o cambio en su estado de salud desde el último examen médico?

SI	NO	En caso afirmativo explique: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Tiene enfermedades o antecedentes de:**

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>En caso afirmativo indicar tratamiento y/o medicación</u>
Alergias			
Asma			
Bronquitis			
Diabetes			
Hemofilia			
Celiaquía			
Epilepsia			
Afecciones Pulmonares			



Afecciones cardiovasculares			
Afecciones renales			
Afecciones hepáticas			
Afecciones neurológicas			
Afecciones psiquiátricas			
Afecciones osteoarticulares			
Afecciones oftalmológicas			
Afecciones auditivas			
Otras			

**Control FONOAUDIOLÓGICO**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Control ORL: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

Terapia indicada: \_\_\_\_\_

---

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del alumno/a: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_