



NIVEL SUPERIOR

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO/A

Información personal

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

D.N.I: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo _____

Ante una emergencia médica llamar a :

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Asistencia médica:

Obra social/Prepaga: _____ Socio No: _____

Servicio de emergencia: _____ Socio No: _____

Historia Clínica

Fecha del último examen médico completo: _____

Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico o tomando medicamentos ? SI NO

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

SI NO

Explique: _____

Tiene enfermedades (o historia) de: _____

Asma SI NO

Constipación SI NO

Bronquitis SI NO

Diarrea SI NO

Diabetes SI NO

Indique el tratamiento que sigue: _____

Hemofilia SI NO

Epilepsia SI NO (En caso de medicación, indicar nombre y dosis)

Problemas menstruales SI NO

Afecciones pulmonares SI NO

Afecciones cardiovasculares SI NO

Afecciones renales SI NO

Afecciones hepáticas SI NO

Afecciones neurológicas SI NO

Afecciones psiquiátricas SI NO

Afecciones osteoarticulares SI NO

Afecciones a los oídos SI NO

Afecciones a los ojos SI NO

Otras: _____

Observaciones _____

Firma digitalizada del alumno/a _____

Aclaración: _____ Fecha: __/__/__

Es alérgico a: _____