

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: _____