

Ficha Medica - Certificado de Salud**Datos Particulares**

Apellido y Nombre: _____

Legajo Nº: _____

LE / LC / DNI / CI: _____

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? _____

Nº Carnet: _____

Nº a Llamar _____

Sr. Médico:**Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.****Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia****Ficha Médica**

Datos Básicos y Fundamentales: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Observaciones: _____

_____**Ha tenido o tiene ahora:**

Asma bronquial: _____

Úlcera gastroduodenal: _____

Fiebre reumática: _____

Diabetes: _____

Enfermedades cardíacas: _____

Convulsiones _____

Tuberculosis: _____

Vertigos o Mareos: _____

Dolor de cabeza severo: _____

Problemas Emocionales _____

Hernias: _____

Hipertension arterial _____

Otra enfermedad seria: _____

_____Por cada Sí explique y dé fechas: _____

Apendicectomía: _____

Traumatismos cráneo: _____

Transfusiones: _____

Traumatismos columna: _____

Fracturas: _____

Otro accidente importante: _____

_____Otra operación seria: _____

_____Por cada Sí explique y de fechas: _____

_____**¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?**

Ojos, nariz o garganta: _____

Tórax, pulmones, corazón: _____

Cabeza, cuello: _____

Abdomen, estómago, intestinos: _____

Sistema genético - urinario: _____

Músculos, huesos: _____

Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: _____

Piel: _____

Si su contestación es afirmativa, explique.

Tiene Ud. reacción alérgica a:

Suero:

Drogas:

Alimento:

Otros:

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

Vacunas:

Indique fecha:

Viruela:

Difteria:

Tétano:

Polio:

Toma alguna medicación en forma regular:

¿Cuál?:

¿En qué dosis?:

Existe alguna situación en la que requiera una atención médica o asistencia particular.

Por ejemplo ataques de pánico, convulsiones, etc.)

Indique cuáles:

Consideraciones y/o recomendaciones específicas:

Alguna de sus condiciones de salud no le permiten realizar la práctica de actividades deportivas u otras actividades que generen una situación de riesgo para su salud.

Indique cuales:

Consideraciones y/o recomendaciones específicas:

Certificado de Salud

En mi carácter de médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud que le permite desempeñarse como alumno en la UNIVERSIDAD NACIONAL

DEL ALTO URUGUAY y no pone en riesgo las condiciones sanitarias de su entorno.

Así mismo certifico que los datos consignados en este documento son correctos.

Firma y Sello del Médico

Aclaración:

Teléfono:

Domicilio:

Fecha: