

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: