



## 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: \_\_\_\_\_