

**Datos Particulares**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Legajo N°: \_\_\_\_\_  
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? \_\_\_\_\_ N° Carnet: \_\_\_\_\_ N° 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: \_\_\_\_\_ Vértigos o mareos: \_\_\_\_\_

Dolor de cabeza severo: \_\_\_\_\_ Problemas emocionales: \_\_\_\_\_

Hernias: \_\_\_\_\_ Hipertensión 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 genital - 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?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique incapacidades físicas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique incapacidades mentales: \_\_\_\_\_  
Indique enfermedades mentales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Certificado de Salud**

En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud tal que le permite su normal desempeño como \_\_\_\_\_  
en la Universidad de Palermo. Alumno /Docente /Personal

Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidades que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son correctos.

Firma y Sello del Médico \_\_\_\_\_  
Aclaración: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_