

# Ficha Médica

## Datos Personales

Nombre: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

## Datos Clínicos

¿Sufre alguna enfermedad?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                       | <input type="checkbox"/> Artritis            |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Demencia            |
| <input type="checkbox"/> EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> VIH  | <input type="checkbox"/> SIDA                |

¿Toma algún medicamento o analgésicos?

☐ SÍ ☐ NO

¿Es alérgica/o a algo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Análisis

- |                                       |  |                                      |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Onicofagia   | <input type="checkbox"/> Uñas serradas       | <input type="checkbox"/> Leuconiquia |
| <input type="checkbox"/> Onicomicosis | <input type="checkbox"/> Pie de atleta       | <input type="checkbox"/> Hellux      |
| <input type="checkbox"/> Onicólisis   | <input type="checkbox"/> Paroniquia          | <input type="checkbox"/> Tiña        |
| <input type="checkbox"/> Onicomadesis | <input type="checkbox"/> Hematoma subungueal | <input type="checkbox"/> Heloma      |

Tx para sala de práctica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Observaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_

Firma Docente Alondra Ortiz