



Ficha Médica

Datos ALUMNO

Apellido y Nombre: _____
DNI / PASAPORTE / OTROS: _____ Estado Civil: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
Provincia: _____
En caso de ser necesario avisar a:
Nombre: _____ Tel: _____
Nombre: _____ Tel: _____

¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?

¿Cuál? _____ N° socio _____ N° de contacto: _____

Profesional 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: _____ Ulcera gastroduodenal: _____

Fiebre reumática: _____ Diabetes: _____

Enfermedades cardíacas: _____ Convulsiones: _____

Tuberculosis: _____ Vértigos o mareos: _____

Dolor de cabeza severo: _____ Problemas emocionales: _____

Hernias: _____ Hipertensión arterial: _____

Otra enfermedad : _____

Por cada Sí explique e indique fechas: _____

Apendicectomía: _____ Traumatismos cráneo: _____

Transfusiones: _____ Traumatismos columna: _____

_____ Fracturas: _____

_____ Otro accidente importante: _____

Otra operación : _____

Por cada Sí explique e indique 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 especifique el nombre y tipo de reacción _____

Toma alguna medicación en forma regular: _____
 ¿Cuál?: _____ ¿En qué dosis?: _____

Si padece incapacidades físicas especifíquelas: _____

Si padece incapacidades mentales especifíquelas: _____

Si padece enfermedades mentales especifíquelas: _____

Observaciones: _____

Posee plan de vacunación Covid 2019 INCOMPLETO	SI - NO	CANTIDAD DE DOSIS
COMPLETO	SI- NO	CANTIDAD DE DOSIS
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Certificado de Salud

En mi carácter de Médico dejo constancia de que la persona titular de la presenta ficha médica, según los datos aportados por ésta, se encuentra en condiciones de físicas y mentales de ser estudiante en CEDEP.

Asimismo se deja constancia de que según los antecedentes recolectados, no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidades que afecten tales actividades, y que los datos consignados en este documento tienen estado de declaración jurada y son correctos.

Firma y Sello del Profesional _____

Nº de matrícula: _____

Aclaración: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____