

Datos Particulares

Apellido y Nombre: _____ Legajo N°: _____
 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° Carnet: _____ 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: _____

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 desempeñarse como estudiante en la Universidad Siglo 21.

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: _____