

Datos Particulares

Apellido y Nombre: MOLINA Picco, Mauricio Nicolás Legajo N°: 0143665
LE/LC/DNI/CI: 44.694.024 Estado Civil: soltero
Domicilio: Maya Pukun 83 Localidad: Almafuerte
En caso de ser necesario avisar a:
Nombre: Gustavo Molina Tel: 351-3238241
Nombre: Carolina Picco Tel: 351-3234710

¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?

¿Cuál? Si OSDE

N° Carnet:

Si
612246824/03

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:

A +

Observaciones:

Ha tenido o tiene ahora:

Asma bronquial: NOÚlcera gastroduodenal: NOFiebre reumática: NODiabetes: NOEnfermedades cardíacas: NOConvulsiones: NOTuberculosis: NOVértigos o mareos: NODolor de cabeza severo: NOProblemas emocionales: NOHernias: NOHipertensión arterial: NOOtra enfermedad seria: NOPor cada Sí explique y dé fechas: —Apendicectomía: NOTraumatismos cráneo: NOTransfusiones: NOTraumatismos columna: NOFracturas: NOOtro accidente importante: —Otra operación seria: NOPor cada Sí explique y de fechas: —

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojos, nariz o garganta: NOTórax, pulmones, corazón: NOCabeza, cuello: NOAbdomen, estómago, intestinos: NO

Sistema genital - urinario: NO Músculos, huesos: NO
Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: NO Piel: NO
Si su contestación es afirmativa, explique: _____

Tiene Ud. reacción alérgica a: NO
Sero: NO Drogas: NO
Alimento: NO Otros: NO
Si su contestación es afirmativa dé el nombre y tipo de reacción: _____

Vacunas: Indique fecha:
Viruela: 18-01-05 Difteria: 18-01-05
Tétano: 18-01-05 Polio: 26-03-09
Toma alguna medicación en forma regular: NO
¿Cuál?: _____ ¿En qué dosis?: _____

Indique incapacidades físicas: _____

Indique incapacidades mentales: _____

Indique enfermedades mentales: _____

Observaciones: Ninguna

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 Alumno 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: Evelyn Mateo

Teléfono: 3571594799

Domicilio: F. Fader 126

Fecha: 20/05/2024

Dra. EVELYN L. MATEO
MÉDICA - M.P. 36001
Esp. Tocoginecología
M.E. 19012