



FICHA MÉDICA	
APELLIDO y NOMBRE:	
DNI N°	EDAD:
GRUPO y FACTOR SANGUÍNEO:	
¿CUENTA CON ALGUNA COBERTURA MÉDICA Y/O SEGURO INTERNACIONAL? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, especificar lo siguiente:	
¿CUÁL?:	N° DE AFILIADO:
TELÉFONO DE EMERGENCIAS:	
¿HA TENIDO O TIENE ALGUNO DE ESTOS PADECIMIENTOS?	
En caso afirmativo, marcar con una X y especificar de ser necesario:	
ASMA ()	DIABETES ()
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ()	EPILEPSIA ()
ENFERMEDADES CARDÍACAS ()	CONVULSIONES ()
ENFERMEDADES GÁSTRICAS ()	HERNIAS ()
HEPATITIS ()	CELIAQUISMO ()
ANEMIAS ()	DOLOR DE CABEZA SEVERO ()
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ()	PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS ()
HIPO TENSIÓN ARTERIAL ()	FRACTURAS Y/O TRAUMATISMOS EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS ()
ALGUNA OTRA ENFERMEDAD:	
OBSERVACIONES / ESPECIFICACIONES:	
¿HA PADECIDO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, especificar:	
¿CUÁL?:	
¿PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, especificar:	
- ALIMENTOS:	
- MEDICAMENTOS:	
- FACTORES AMBIENTALES:	
- OTROS:	



VACUNACIÓN	
ANTITETÁNICA: SÍ <input type="checkbox"/> __/__/____ NO <input type="checkbox"/>	
(En caso afirmativo, indicar fecha de aplicación)	
¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, especificar.	
¿CUÁL?:	
¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA QUE REQUIERA ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN ESPECIAL? SÍ NO	
En caso afirmativo, especificar.	
¿CUÁL?	
OTROS DATOS QUE CONSIDERE DE INTERÉS:	

Lugar y Fecha _____

Firma y aclaración del Profesional de la salud.

Firma y aclaración del estudiante