



DATOS PERSONALES

1. APELLIDO y NOMBRE: _____
2. FECHA DE NACIMIENTO: _____ DNI N °: _____
3. OBRA SOCIAL: _____ LUGAR DE INTERNACIÓN: _____
4. TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____
5. ANTECEDENTES PERSONALES:

Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH _____ Talla: _____ Peso: _____

DATOS MÉDICOS

Aparato Cardiovascular:

¿Trastornos? SI ___ NO ___

F.C. _____ Presión Arterial: _____

Auscultación - Observaciones _____

ECG Informe _____

Aparato Respiratorio:

Asma: SI ___ NO ___

Observaciones: _____

Sistema Nervioso:

Convulsiones: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Síncope: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Observaciones: _____

Sistema Locomotor:

Fracturas: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Alteraciones Posturales: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Observaciones: _____

Sistema Endocrino:

Diabetes: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Alt. Tiroideas: SI ___ NO ___ Observaciones: _____

Observaciones: _____

Aparato Digestivo:

Observaciones: _____

Enfermedades Infectocontagiosas: SI _____ NO _____

Cuáles: _____

Alergias: SI _____ NO _____

Detalle de alergias

Alergia a Medicamentos: SI _____ NO _____

Cuáles:

Cirugías: SI _____ NO _____

Cuáles:

Discapacidad: SI _____ NO _____

Cuáles:

¿Posee certificado de discapacidad? SI _____ NO _____ EN TRÁMITE: _____

- Laboratorio: * Hemograma completo
* Glicemia
* Uremia
* Colesterolemia
* Trigliceridemia
* Uricemia

Observaciones: _____

Tratamiento Médico actual o medicación habitual (dosis) SI _____ NO _____

Cuál: _____

En caso de enfermedad y/o accidente notificar a:

Nombre:

Dirección:.....TE:.....

Lugar y fecha:

Firma y Sello del Médico:.....N° Matrícula:

Firma y aclaración Responsable Parental/Tutor/a: