



**ESCUELA AGROTÉCNICA "LIB. GRAL. SAN MARTÍN" – CASILDA**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**  
**FICHA MÉDICA CICLO LECTIVO 2025**

**UNR**

**ATENCIÓN:** ESTE DOCUMENTO DEBE SER COMPLETADO POR EL/LA MÉDICO/A DE CABECERA DEL/LA ESTUDIANTE INGRESANTE. EL MISMO SERÁ REVISADO POR EL MÉDICO ESCOLAR, QUIEN SE COMUNICARÁ CON LAS FAMILIAS EN CASO DE CONSIDERARLO OPORTUNO.

**DATOS PERSONALES**

1- APELLIDO y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
2- FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ DNI N °: \_\_\_\_\_  
3- OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ LUGAR DE INTERNACIÓN: \_\_\_\_\_  
4- TELEFONO 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: \_\_\_\_\_

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 Padre, Madre o Tutor/a: .....