



**A COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO MATRICULADO**

FECHA / /

La presente ficha médica será tenida en cuenta para la atención integral del titular, por lo cual, le rogamos que la información consignada sea lo más completa, precisa y veraz posible. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

**DATOS PERSONALES**

APELLIDO		NOMBRES	
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO		LOCALIDAD	
TELÉFONO	CELULAR	E-MAIL	

**COBERTURA MÉDICA**

OBRA SOCIAL	PLAN	Nº DE AFILIADO
TELÉFONO DE URGENCIA	MÉDICO DE CABECERA	

**CONTACTOS DE URGENCIA**

**1**

APELLIDO		NOMBRES	
DOMICILIO		LOCALIDAD	
TELÉFONO	CELULAR	E-MAIL	

**2**

APELLIDO		NOMBRES	
DOMICILIO		LOCALIDAD	
TELÉFONO	CELULAR	E-MAIL	

**DATOS DEL PADRE / MADRE O TUTOR**

APELLIDO		NOMBRES	
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO		LOCALIDAD	
TELÉFONO	CELULAR	E-MAIL	

**ENFERMEDADES**

Sarampión	SI	NO	Parasitosis Intestinal	SI	NO	Afección Nariz	SI	NO	Eurinarias	SI	NO
Rubeola	SI	NO	Meningitis	SI	NO	Varicela	SI	NO	Pulmonía	SI	NO
Mononucleosis	SI	NO	Hidatidosis	SI	NO	Úlcera	SI	NO	Epitaxis	SI	NO
Enuresis	SI	NO	Epilepsia	SI	NO	Convulsiones	SI	NO	Pleuresis	SI	NO
Desmayos	SI	NO	Asma	SI	NO	Otitis	SI	NO	Tifoidea	SI	NO
Bronquitis	SI	NO	Brucelosis	SI	NO	Nefritis	SI	NO			
Hepatitis	SI	NO	Fiebre Reumática	SI	NO	Paperas	SI	NO			

**GRUPO SANGUÍNEO**

	<b>FACTOR RH</b>	<b>+</b>	<b>-</b>
--	------------------	----------	----------

Encierre con un círculo la opción correcta

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS****Enfermedades no especificadas anteriormente****Alergias**

A medicamentos	SI	NO	Especifique a cuales
----------------	----	----	----------------------

A alimentos	SI	NO	Especifique a cuales
-------------	----	----	----------------------

Intervenciones Quirúrgicas	SI	NO	Trauma c/ Alt Funcional	SI	NO
----------------------------	----	----	-------------------------	----	----

Oftalmológicos	SI	NO	Usa anteojos	SI	NO	Auditivos	SI	NO
----------------	----	----	--------------	----	----	-----------	----	----

Diabetes	SI	NO	Indique su tratamiento
----------	----	----	------------------------

Chagas	SI	NO
--------	----	----

Hipertensión	SI	NO	Neurológico	SI	NO
--------------	----	----	-------------	----	----

Otras
-------

**EMBARAZO**

SI NO

Semanas de gestación

Fecha probable de parto

**CONDICIONES DE RIESGO****MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS**

Recuerde calcular la cantidad de medicamento que debe llevar en el viaje, según la cantidad de días de viaje y las dosis.  
Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdese al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.

**EXAMEN CARDIOVASCULAR**

Auscultación

Arritmia SI NO

Soplos SI NO

Tensión Arterial

**DATOS EXTRAS**

¿Toma medicamentos?

¿Sigue algún tipo de tratamiento?

¿Usa prótesis dental?	SI	NO	¿Fuma?	SI	NO	¿Toma alcohol?	SI	NO
-----------------------	----	----	--------	----	----	----------------	----	----

**OBSERVACIONES****CERTIFICO**

que el paciente

goza de buena salud y no padece enfermedad alguna, y podrá realizar el viaje para el cual se extiende el presente certificado.

Firma del médico

Sello

Firma del titular / padre / madre / tutor

Aclaración

Aclaración

Nº de matrícula