



## FICHA MÉDICA

FECHA / /

### A COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO MATRICULADO

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 N° DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO		LOCALIDAD	
TELÉFONO	CELULAR	E-MAIL	

#### COBERTURA MÉDICA

OBRA SOCIAL	PLAN	N° 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 N° 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

	FACTOR RH	+	-
--	-----------	---	---

Encierre con un círculo la opción correcta

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS****Enfermedades no especificadas anteriormente****Alergias**A medicamentos  SI  NO Especifique a cualesA alimentos  SI  NO Especifique a cuales**Intervenciones Quirúrgicas** SI  NO**Trauma c/ Alt Funcional** SI  NO**Oftalmológicos** SI  NOUsa 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, recuérdesele al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.

**EXAMEN CARDIOVASCULAR**Auscultación Arritmia  SI  NOSoplos  SI  NOTensión 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