



Ficha Médica

Certificado de Salud

DATOS PARTICULARES:

Apellido y Nombre: _____

LE / LC / DNI / CI: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____ / Localidad: _____

País: _____

En caso de ser necesario avisar a: _____

Nombre: _____ / Tel: _____

Nombre: _____ / Tel: _____

Sr. Médico:

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.

Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia

FICHA MÉDICA:

Grupo Sanguíneo: _____

Observaciones: _____

Ha tenido o tiene ahora:

Asma bronquial: _____

Úlcera gastroduodenal: _____

Fiebre reumática: _____

Diabetes: _____

Enfermedades cardíacas: _____

Convulsiones: _____

Tuberculosis: _____

Vértigos o mareos: _____

Dolor de cabeza severo: _____

Problemas emocionales: _____

Hernias: _____

Hipertensión arterial: _____

Otra enfermedad seria: _____

Por cada Sí explique y dé fechas:

Apendicectomía: _____

Traumatismos cráneo: _____

Transfusiones: _____

Traumatismos columna: _____

Fracturas: _____

Otra operación seria: _____

Por cada Sí explique y de fechas:

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojos, nariz o garganta: _____

Tórax, pulmones, corazón: _____

Cabeza, cuello: _____

Abdomen, estómago, intestinos: _____

Tiene Ud. reacción alérgica a:

Suero: _____

Drogas: _____

Alimento: _____

Otros: _____

Si su contestación es afirmativa dé el nombre y tipo de reacción:

Certificado de Salud

En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud tal que le permite su normal desempeño como:

Alumno /Docente /Personal en la Universidad Nacional de San Juan.

Asimismo certifico que el mismo no padece enfermedades infectocontagiosas ni trastornos mentales, ni presenta incapacidades que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son correctos.

Firma y Sello del Médico:

Aclaración:

Teléfono:

Domicilio:

Fecha: