



Ficha medica de salud

Apellido/s: _____

Nombre/s: _____ D.N.I. N°: _____

Legajo N° _____ / _____
Reservado Secretaría

Obra Social:

N° de afiliado:

En caso de emergencia avisar a

Apellido y nombre: _____

Parentesco: _____ Telefono: _____ Celular: _____

Antecedentes personales (marcar con X)

Asma <input type="checkbox"/>	Sinusitis <input type="checkbox"/>	Bronquitis <input type="checkbox"/>	Grupo sanguineo <input type="checkbox"/>
Desmayos <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Factor Rh <input type="checkbox"/>
Hepatitis <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Alergia <input type="checkbox"/>	

Especifique

¿Sufre alguna otra enfermedad? No Si ¿Cual? _____

DECLARO BAJO JURAMENTO que todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.

Buenos Aires, _____ de _____ de 20 _____

Firma del ingresante _____

Aclaracion _____

DNI _____





Ficha medica de salud

Examen fisico

Peso Kg Talla mts IMC / MBI

Tension arterial / mmHg Frec. Cardiaca X min.

Por favor, marque abajo con X los resultados normales

Examen cardiaco Examen respiratorio Examen neurologico
Electrocardiograma Rx de torax Hemograma

Comentarios:

Certifico que el / la Sr. / Sra. _____

DNI N° _____ se encuentra apto fisica y psicologicamente para el cursado de estudios Superiores.

Buenos Aires, _____ de _____ de 20 _____

Firma y sello

