

FICHA MEDICA 2017

APELLIDO Y NOMBRES: _____

CARRERA: _____

GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO: _____

EDAD: _____

OBRA SOCIAL:

NO	SI
----	----

 CUÁL?: _____

PADECE O PADECIÓ ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA

NO	SI
----	----

 CUAL/ES?: _____

PADECE O PADECIÓ ALGUNA ENFERMEDAD CARDÍACA

NO	SI
----	----

 CUAL/ES?: _____

CONSUME ALGÚN MEDICAMENTO REGULARMENTE?

NO	SI
----	----

 CUAL/ES?: _____

ES ALÉRGICO A ALGÚN/OS MEDICAMENTO/S?

NO	SI
----	----

 CUAL/ES?: _____

TIENE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS?

NO	SI
----	----

 CUAL/ES?: _____

MARCAR CON UNA CRUZ SI HA PADECIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS:

AGOTAMIENTO POR CALOR:

--

ATAQUES DE PÁNICO:

--

DEMAYOS:

--

DOLOR AGUDO DE ESTÓMAGO:

--

HECES CON SANGRE:

--

DOLOR DE ARTICULACIONES:

--

CONVULSIONES:

--

MAREOS:

--

GOLPES DE CALOR:

--

DIARREA:

--

HERNIAS:

--

DOLOR DE ESPALDA:

--

PERSONA CON LA CUAL COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA: _____

TELÉFONO: _____

FIRMA ALUMNO:

FIRMA MÉDICO: