

**DATOS PARTICULARES**

Apellido y Nombre:	Legajo N°:
LE / LC / DNI / CI:	Estado Civil:
Domicilio:	Localidad:

En caso de urgencia avisar a:

Nombre:	Tel:
Nombre:	Tel:

**¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?**

Nombre Obra Social:..... N° Carnet:.....  
 En caso de traslado designar Sanatorio o Institución al cual desea ser derivado: .....  
 .....

**FICHA MEDICA**

**SR. MÉDICO:** Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica. Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia.

**Datos Básicos:**

Grupo Sanguíneo:

**Antecedentes:** (si ha padecido, Marcar con una X e indicar año de Resolución del Cuadro)

<input type="checkbox"/>	Asma bronquial	<input type="checkbox"/>	Rinitis alérgica
<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Vértigos o mareos
<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	Problemas emocionales
<input type="checkbox"/>	Úlcera gastroduodenal	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial
Otras:			

Observaciones: .....  
 .....

**¿Ha padecido alguna de las situaciones que se indican a continuación?**

(si ha padecido, Marcar con una X e e indicar año de Resolución del Cuadro)

<input type="checkbox"/>	Apendicectomía	<input type="checkbox"/>	Traumatismos cráneo
<input type="checkbox"/>	Amigdalectomía	<input type="checkbox"/>	Traumatismos columna
<input type="checkbox"/>	Fracturas:	<input type="checkbox"/>	Transfusiones:

**¿Tiene algún problema en?:**

(si tiene problemas, Marcar con una X y explicar)

	Ojos, oídos, nariz y garganta:
	Piel:
	Sistema Cardiovascular:
	Sistema Digestivo:
	Sistema Génito Urinario:
	Sistema Osteoarticular:
	Sistema Sanguíneo:
	Otros:

**Es alérgico:**  SI –  NO (Si su contestación es afirmativa indique a que y el tipo de reacción que ha tenido)

.....  
.....

**VACUNAS:** (Indique última dosis)

Hepatitis B		Tétano		Polio	
Hepatitis A		Tos Convulsa		Difteria	

**Toma alguna medicación en forma regular:**

¿Cuál?:..... ¿En qué dosis?: .....

**Padece enfermedades Infecto contagiosas:**

.....  
.....  
.....

**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 en la Universidad Católica de las Misiones., y que los datos consignados en este documento son correctos.

Firma y Sello del Médico  
Aclaración

**PARA EL ESTUDIANTE:**

Por favor, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS. La información que Ud. proporcione será guardada confidencialmente. Esto no afectará su permanencia en la Universidad.