

# Ficha médica

## Datos particulares

Apellido y nombre:	
Carrera:	Legajo:
Institución de la que proviene:	
DNI:	Estado Civil:
Dirección:	
Localidad:	
Teléfono:	
Mail:	
En caso de urgencia avisar a (indicar nombre, parentesco y teléfono):	
Obra social:	
N° de carnet:	Teléfono:

### Estimado Dr.:

**Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.**

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

### Datos fundamentales

Grupo sanguíneo:
Observaciones:

### Ha tenido o tiene ahora (marque con una cruz):

Asma bronquial	<input type="checkbox"/>	Úlcera gastroduodenal	<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"/>	Dolor de cabeza severo	<input type="checkbox"/>
Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>
COVID	<input type="checkbox"/>	Otra enfermedad seria	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, explicación y fecha

Apendicetomía	<input type="checkbox"/>	Traumatismo de cráneo	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>
Traumatismo de columna	<input type="checkbox"/>	Fracturas	<input type="checkbox"/>	Otro accidente importante	<input type="checkbox"/>
Otra intervención quirúrgica seria	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, explicación y fecha

**Problemas en órganos:**

Ojos, garganta, nariz, oído		Tórax, pulmones, corazón		Cabeza, cuello	
Abdomen, estómago, intestinos		Sistema genital-urinario		Músculos, huesos	
Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos		Piel			

En caso afirmativo, explicación y fecha

---



---

**Reacciones alérgicas a:**

Suero		Drogas		Alimentos	
Otra					

En caso afirmativo, indique nombre y tipo de reacción

---



---

**Vacunas (indique fechas):**

Viruela		Tétanos		Difteria	
Polio		COVID		Otra	

Observaciones:

---



---

**Medicación que toma de forma regular:**

Nombre:

---

Dosis:

---

Observaciones:

---

**Discapacidad que requiera atención o tratamiento:**

Visual		Auditiva		Motriz	
Otra					

En caso afirmativo, explique

---



---

**Situación en la que requiera atención psicológica o asistencia particular (pe.: ataques de pánico, TGD, convulsiones, etc.). Indique cuáles:**

---



---

**Presencia de algún tipo de discapacidad ó patología psicosocial que, a su criterio, pueda interferir de alguna forma en el aprendizaje. Indique cuáles:**

---



---

---

**Observaciones generales:**

---

---

**El titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud que le permite su normal desempeño como ALUMNO en la UTN-Facultad Regional San Nicolás**

---

Firma y sello

---

Aclaración

---

Teléfono

---

Fecha

---