



## FICHA MÉDICA

Apellido: ..... Nombres: .....

Domicilio: ..... Nº..... Piso: ..... Dpto.: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

DNI: ..... Edad: ..... Fecha de Nacimiento: ...../...../.....

Sexo: ..... Grupo Sanguíneo y Factor: .....

<u>Antecedentes de Enfermedad</u>	SI	NO
¿Estuvo internado/a en el último año?		
¿Es diabético/a?		
¿Es asmático/a?		
¿Es alérgico/a?		
¿Padece de alguna enfermedad crónica?		
¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
¿Padece de cardiopatías congénitas?		
¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años?		
¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca?		

¿Toma algún medicamento cotidianamente? Especificar la dosificación.

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

¿Requiere de algún tratamiento durante el evento? Especificar cuál y cómo debe realizarse.

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





Observaciones que desee agregar:

.....

.....

.....

.....

.....

Datos extras:	
Fecha última antitetánica:	Duración de la dosis:
Fecha de Hepatitis B:	Se dio las 3 dosis:
Conocimientos de 1er Aux.:	¿Dónde aprendió?

La presente información de salud tiene carácter de declaración jurada. Por tal motivo declaro que todos los datos consignados en la presente ficha son correctos y que no he omitido ninguno.

**IMPORTANTE:** Para ser válida, esta Ficha Médica debe estar firmada por un médico matriculado.

.....  
Firma y aclaración  
Madre, Padre y/o Tutor

.....  
Firma y sello  
Médico Matriculado

