**FICHA MÉDICA**

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

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Antecedentes de Enfermedad** | **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 dió las 3 dosis: |
| Conocimientos de Primeros Auxilios: ¿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 Firma y Sello

Madre, Padre o Tutor Médico Matriculado