FICHA **MÉDICA**

UFLO UNIVERSIDAD

Fecha: ___|___|___
Nº de matrícula: _____
Nº de identificación: _____

DATOS **PERSONALES**

Apellidos: _____
Nombres: _____
Calle: _____ Nº: _____ Piso: ____ Dpto: ____ Barrio: _____
Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____
Nº de documento y tipo: _____
Fecha de nacimiento: ___|___|___
Nacionalidad: _____
Sexo: _____
Estado civil: S.___ C.___ D.___ V.___ Sep.___

ANTECEDENTES **FAMILIARES**

Hay antecedentes familiares de:

» Diabetes No___ Si___ Cuáles _____
» Cardiopatías No___ Si___ Cuáles _____
» Hipertensión Arterial No___ Si___ Cuáles _____
» Tumores No___ Si___ Cuáles _____
» Enfermedades Infecto Contagiosas No___ Si___ Cuáles _____
» Enfermedades Neurológicas No___ Si___ Cuáles _____
» Enfermedades Mentales No___ Si___ Cuáles _____
» Enfermedades Reumáticas No___ Si___ Cuáles _____
» Otras ____ Especificar _____

ANTECEDENTES **PERSONALES**

» Enfermedades Comunes de la Infancia No___ Si___ Cuáles _____
» Intervenciones Quirúrgicas No___ Si___ Cuáles _____
» Enfermedades Infecciosas No___ Si___ Cuáles _____
» Asma Bronquial No___ Si___ Cuáles _____
» Úlcera Gastroduodenal Gastritis No___ Si___ Cuáles _____
» Epilepsia No___ Si___ Cuáles _____
» Accidentes Traumáticos No___ Si___ Cuáles _____
» Tratamientos Psicológicos No___ Si___ Cuáles _____
» Alergias No___ Si___ Cuáles _____

» Ingiere Alcohol No___ Si___
» Fuma No___ Si___

» Toma o tomó drogas: _____
» Hace Deportes: _____

» Peso Actual: _____
» Grupo Sanguíneo: _____ RH: _____
» Tensión Arterial: _____
» Observaciones: _____

EN CASO DE URGENCIA **COMUNICARSE CON**

Nombre: _____
Teléfono: _____ Parentesco: _____

El Alumno se encuentra (Colocar Apto o No Apto) _____ para cursar la Carrera de: _____

Firma del Médico

Sello y Nº de Matrícula