

FICHA MÉDICA

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 ___
- Cardiopatías No ___ Si ___
- Hipertensión Arterial No ___ Si ___
- Tumores No ___ Si ___ Cuáles _____
- Enfermedades Infecciosas No ___ Si ___ Cuáles _____
- Enfermedades Neurológicas No ___ Si ___ Cuáles _____
- Enfermedades Mentales No ___ Si ___ Cuáles _____
- Enfermedades Reumáticas
- Otros _____ Especificar _____

Antecedentes personales

- Enfermedades Comunes de la Infancia 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 _____
- Trat. 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

UFLO
UNIVERSIDAD DE FLORES