

--	--

Apellido y Nombre/s

Tipo y Nº de documento

--	--	--

Calle

Número

Barrio

--	--	--

Localidad

Provincia

Nº de Teléfono/Celular

	/ /
--	-----

Lugar de Nacimiento (Localidad y Provincia)

Fecha de Nacimiento

--	--

Carrera

Curso/División/Turno

--	--

Obra Social a la que pertenece

Nº de Afiliado

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

--	--

Apellido y Nombre/s

Parentesco

--	--	--

Calle

Número

Barrio

--	--	--

Localidad

Provincia

Nº de Teléfono/Celular

ANTECEDENTES

1. Vacunación

Nombre	SI	NO	Ignora
BCG			
Doble			
Triple			
Sabin			

Refuerzo antitetánica			
Fecha aproximada →			

3. Alergias

	Tipo o grado
Comidas	
Antibióticos	
Penicilina	
Insectos	
Otros	

2. Antecedentes Patológicos

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aprox.
Asma			
Desmayo			
Convulsiones			
Epilepsia			
Sinusitis			
Hepatitis			
Bronquitis			
Laringitis			
Afecciones cardíacas			
Afecciones de oído			
Problemas óseos			
Problemas articulares			
Hemorragias			
Dolores de cabeza			
Otro:			

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:

4. Intervenciones Quirúrgicas

Nombre	Fecha	Obs.

5. Durante la actividad física sufrió/e:

	SI	NO
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		

6. Medicamentos no prescritos

Tipo	SI	NO
Estimulantes		
Anabólicos		
Esteroides		

7. Medicamentos prescritos

Nombre	Obs.

8.

Grupo Sanguíneo	
Factor RH	

9. Otras enfermedades de salud que considere de importancia mencionar

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aprox.

Dejo constancia que atendí a Documento Nacional N° de años de edad y que se encuentra clínicamente en buen estado de salud al día de la fecha, pudiendo participar de las actividades programadas por la institución de rubro gastronómico.

Firma del médico:

Sello:

Lugar y Fecha:

DECLARO BAJO JURAMENTO que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.
 ME COMPROMETO además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata. Asimismo dejo expresa constancia que AUTORIZO a la Dirección del Instituto (o a quién esta designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma: _____
 Aclaración: _____
 D.N.I.: _____

Firma: _____
 Aclaración: _____
 D.N.I.: _____

Lugar y fecha:

