

FICHA MÉDICA



Fecha: ____|____|____
Nº de legajo de UFLO: _____

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____
Nombres: _____
Calle: _____ Nº: _____ Piso: ____ Dpto: ____ Barrio: _____
Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____
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	No ____ Si ____ Cuáles _____
Toma Medicación	No ____ Si ____ Cuáles _____
Hace Deportes	No ____ Si ____ Cuáles _____
Peso Actual: _____	
Grupo Sanguíneo: _____ RH: _____	
Tensión Arterial: _____	
Observaciones: _____	

EN CASO DE URGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre: _____
Teléfono: _____ Parentesco: _____

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

Firma del Médico

Sello y Nº de Matrícula