

Ficha de Salud

Apellido y Nombres completo: _____

Domicilio: _____ DNI: _____ Edad: _____

Tel. en caso de emergencia: _____

Datos Varios:

1 - Grupo sanguíneo: _____

2 - ¿Es alérgico? (SI) (NO) ¿A qué? _____

Si es alérgico a alguna medicación, especificar cuál: _____

3 - ¿Ha sufrido en los últimos días (marcar con una x)

a) Procesos inflamatorios (___)

b) Fracturas o esguinces (___)

c) Enfermedades infectocontagiosas (___)

4 - ¿Está tomando alguna medicación? (SI) (NO)

En caso de respuesta afirmativa indique cuál _____

5 - Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y personal a

cargo: _____

6 - ¿Tiene Obra Social? (SI) (NO) (Acompañe N° y fotocopia del Carnet)

AUTORIZANDO POR LA PRESENTE (EN CASO DE EMERGENCIA) A ACTUAR SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MEDICOS.

Firma Padre, madre o tutor _____ DNI: _____

Aclaración de firma _____