



# FICHA MÉDICA

(Llenar con letra clara y de imprenta - anexas fotocopia de D.N.I.)

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_

D.N.I./L.C./L.E. N°: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:**

CALLE: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

BARRIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

OBRASOCIAL: \_\_\_\_\_ N° DE AFILIADO: \_\_\_\_\_

**ESPECIFICAR A QUÉ FAMILIAR LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA:**

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**EXAMEN CLÍNICO: (SE SOLICITA ESPECIFICAR INFORME MÉDICO EN LA LÍNEA PUNTEADA)**

PESO: \_\_\_\_\_ KG. TALLA: \_\_\_\_\_ MTS. TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_\_\_

**EXAMEN CARDIOVASCULAR:**

FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_ \* SOPLOS SI - NO ARRITMIAS SI - NO

**EXAMEN APARATO RESPIRATORIO:**

**EXAMEN APARATO DIGESTIVO:**

**EXAMEN APARATO GENITOURINARIO:**

**EXAMEN APARATO NEUROLÓGICO:**

**EXAMEN APARATO OSTEOARTICULAR:**

**EXAMEN APARATO OFTALMOLÓGICO:**

**EXAMEN APARATO BUCODENTAL:**

**GENERALIDADES:**

ASMA BRONQUIAL: SI - NO DIABETES: SI - NO

CONVULSIONES: SI - NO HEMORRAGIA NASAL: SI - NO

DESMAYOS: SI - NO HIPERTENSIÓN: SI - NO

SINUSITIS: SI - NO CIRUGÍAS: SI - NO

¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** MEDICAMENTOSA: SI - NO ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

ALIMENTARIA: SI - NO ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

INSECTOS: SI - NO ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

¿ESTÁBAJO TRATAMIENTO MÉDICO? SI - NO ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

POR LA PRESENTE SE DEJA CONSTANCIA QUE EL/LASR./SRA. \_\_\_\_\_

SE ENCUENTRA APTO/A PARA REALIZAR VIAJES Y SE HACE RESPONSABLE, JUNTO CON EL ABAJO

FIRMANTE, DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS SUMINISTRADOS UT SUPRA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

OTICARG ETNEMFLATOT OTICARG ETNEMFLATOT OTICARG ETNEMFLATOT OTICARG ETNEMFLATOT