



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