



FICHA MÉDICA

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: CURSO:

FECHA DE NACIMIENTO: DNI Nº: CUIL:

DOMICILIO: TELÉFONO:

1) ANTECEDENTES

• GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR RH:

• ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Completo		Incompleto		Antitetánica	
----------	--	------------	--	--------------	--

* Es requisito OBLIGATORIO tener aplicada la vacuna antitetánica al momento del Ingreso.-

• ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERA PERIÓDICAMENTE TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?

SÍ		NO		¿Cuál?:.....
----	--	----	--	--------------

• DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS: ¿FUE INTERNADO?

SÍ		NO		Causas:
----	--	----	--	---------------

• ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA O ENFERMEDADES CRÓNICAS?

SÍ		NO		Síntomas:.....
				Tratamiento:.....

• MARQUE LAS ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO

Sarampión		Otitis		Eczemas		Varicela		Bronquitis	
Asma		Paperas		Viruela		Difteria		Reuma	
Escarlatina		Sinusitis		Conjuntivitis		Otras:			

.....
FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE



2) TRATAMIENTOS

• **¿RECIBE TRATAMIENTO MÉDICO?**

SÍ		NO		Especificar:.....
----	--	----	--	-------------------

• **¿FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?**

SÍ		NO		Especificar:.....
----	--	----	--	-------------------

• **¿PRESENTA ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA?**

SÍ		NO		¿Cuál?:.....
----	--	----	--	--------------

.....
FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE

3) EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

• **AGUDEZA VISUAL:** **DERECHO:** **IZQUIERDO:**

• **¿USA ANTEOJOS?**

SÍ		NO		Motivo:.....
----	--	----	--	--------------

.....
FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE

4) EXÁMEN AUDIOMÉTRICO

• **OÍDO DERECHO:** • **OÍDO IZQUIERDO:**

.....
FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE



5) EXÁMEN ODONTOLÓGICO

APTO		EN TRATAMIENTO	
------	--	----------------	--

.....
FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE

6) EXÁMEN CLÍNICO

PRESIÓN ARTERIAL	
PESO	
TALLA	

.....
FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE

7) CERTIFICACIÓN DE APTITUD FÍSICA

APTO		NO APTO	
------	--	---------	--

.....
FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE