

FICHA MÉDICA

Datos Personales:

Apellido y Nombre: _____
DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Domicilio: _____ Tel: _____ Localidad: _____
E-mail: _____
Apellido y Nombre de contacto de emergencia: _____
Tel: _____ Obra Social: _____
N_° de afiliado: _____ Grupo Sanguíneo: _____

Datos Médicos: (Declaración jurada del paciente)

- * Enfermedades que padece o a las que es propenso: _____
- * Afecciones respiratorias? _____ Cuál? _____
- * Alergias? _____ Cuál? _____
- * Afecciones dermatológicas? _____ Cuál? _____
- * Trastornos auditivos? _____ Cuál? _____
- * Trastornos visuales? _____ Cuál? _____
- * Trastornos osteo articulares: _____ Cuál? _____
- * Cardiopatías? _____
- * Epilepsia? _____
- * Diabetes? _____ Tipo: _____
- * Afecciones Neurológicas? _____
- * Toma alguna medicación? _____
- * Qué medicaciones toma? _____
- * Área discapacidad: Patología de base _____
- * Cirugías cercanas? _____ Cuáles? _____
- * Antecedentes Traumatológicos: _____ Cuáles? _____

Firma del paciente

Autorización Profesional:

Certifico/el/laseñor/a.....
.....DNI..... Es apto para
realizar se encuentra apto físicamente para realizar esfuerzo prolongado (Caminar, correr, trotar).

Firma del médico

N° de matrícula
Aclaración Sello y Firma